Die Münchener Medicin. Wochenschrift erscheint wöchentlich in Nummern von mindestens 1½ Bogen. Preis vierteljährig 5 ℳ, praenumerando zahlbar. Einzelne Nummer 60 ₰.

MÜNCHENER
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Zusendungen sind zu adressiren: Für die Redaction Karlstrasse 8. — Für Abonnement an Jos. Ant. Finsterlin, Salvatorstr. 21. — Für Inserate u. Beilagen an Rudolf Mosse, Promenadeplatz 16.

(FRÜHER ÄRZTLICHES INTELLIGENZ-BLATT)

ORGAN FÜR AMTLICHE UND PRAKTISCHE ÄRZTE.

Herausgegeben von

Dr. Bollinger, München. Dr. Heineke, Erlangen. Dr. G. Merkel, Nürnberg. Dr. Michel, Würzburg. Dr. H. Ranke, München. Dr. v. Schleiss, München. Dr. Seitz, München. Dr. Winckel, München.

№ 31. 30. Juli. 1889. Redacteur: Dr. B. Spatz, Karlstrasse 8. Verlag: Jos. Ant. Finsterlin, Salvatorstr. 21. 36. Jahrgang.

Originalien.

Aus der k. Universitäts-Frauenklinik zu Erlangen.

Ueber Totalexstirpation des Uterus vom Damm aus.

Von *Richard Frommel.*

Die Entfernung der erkrankten Gebärmutter von der Scheide aus ist allmählich ein so fertiges und operativ ausgebildetes Verfahren geworden, dass dieselbe eine sehr günstige Prognose bietet, wenn sie unter den richtigen Voraussetzungen unternommen wird, wie zahlreiche Publicationen in jüngster Zeit zeigen. Es könnte daher müssig erscheinen, wenn in der letzten Zeit in der Literatur mehrfach Versuche aufgetaucht sind, welche neue Angriffspunkte und Wege, resp. neue Operationsverfahren für die Entfernung des Uterus angaben. Diese Vorschläge haben jedoch meines Erachtens immerhin eine gewisse Berechtigung. Es ist ja unleugbar, dass die Exstirpation der Gebärmutter per vaginam als eine nicht besonders schwierige Operation in allen denjenigen Fällen bezeichnet werden kann, in denen die Neubildung am Uterus noch geringe Fortschritte gemacht hat, und der letztere insbesondere gut beweglich ist; allein jeder Operateur wird, wenn er eine grössere Reihe derartiger Operationen gemacht hat, einzelne Fälle unter denselben zu verzeichnen haben, in welchen er durch bedeutende Vergrösserung des Uterus, durch ungeahnt starke Ausdehnung des Carcinoms, durch entzündliche Processe, namentlich im Douglas'schen Raum, unerwartet grosse Schwierigkeiten bei der Operation fand und nicht am wenigsten musste er diese Schwierigkeiten darin suchen und finden, dass vor Allem ein übersichtliches Operationsfeld so gut wie vollkommen fehlte, mit anderen Worten, dass die weitaus grösste Hälfte der Operation ohne Zuhilfenahme unseres Gesichtssinnes lediglich unter Leitung der Finger des Operateurs vorgenommen werden muss. Eine weitere Erwägung scheint mir die oben erwähnten Versuche, andere Operationsmethoden auszusinnen, zu rechtfertigen. Wenn man nämlich die per vaginam exstirpirten Uteri betrachtet, so überzeugt man sich sofort, dass, auch wenn man bei der Operation bestrebt war, die Ligaturen möglichst weit nach beiden Seiten vom Uterus weg anzulegen, doch insbesondere von dem den Cervix umgebenden Beckenbindegewebe herzlich wenig entfernt werden konnte; meistens ist nur der schlanke, nackte Cervix entfernt; in etwas grösserer Ausdehnung gelingt es, das Ligamentum latum in seinen höheren Portionen zu entfernen, jedoch auch dies nur in bestimmten Grenzen. Darüber nun dürfte kein Zweifel obwalten, dass bei der überwiegenden Häufigkeit der Cervixcarcinome die Neubildung mit ganz besonderer Vorliebe und relativ früh auf das den Cervix umgebende Beckenbindegewebe übergeht, und so stehen wir bei der vaginalen Totalexstirpation häufig vor der Alternative, entweder gar nicht mehr radical operiren zu können, oder durch eine voraussichtlich sehr schwere Operation ein quoad Recidiv mindestens fragwürdiges Resultat zu erreichen. Aus diesen Gründen erscheint mir jeder neue operative Eingriff gerade für die letzterwähnten Fälle unleugbare Vortheile zu bieten, vorausgesetzt, dass er einerseits eine grössere Zugänglichkeit und Uebersichtlichkeit des Operationsfeldes und andererseits die Möglichkeit garantirt, in der Umgebung des carcinomatösen Uterus grössere und ausgedehntere Gewebspartien zu entfernen.

Die Wege, welche neuerdings in dieser Richtung eingeschlagen wurden, gehen von sehr verschiedenen Richtungen aus. Zuerst beschrieb Wiedow[1]) das von Hegar in mehreren Fällen durchgeführte Verfahren. Dasselbe lehnt sich bekanntlich an die Kraske'sche Operation der Mastdarmexstirpation an und besteht wesentlich darin, dass durch Resection des Kreuzbeins und Beiseitedrängung des Rectums der Douglas'sche Raum freigelegt und eröffnet, und auf diese Weise der Uterus mit seinen Anhängen derart blosgelegt wird, dass die Abbindung und Exstirpation der Gebärmutter vollständig unter Leitung des Auges gemacht werden kann. Ein weiterer Weg in dieser Richtung wurde uns durch O. Zuckerkandl[2]) gewiesen.

Das Verfahren besteht darin, dass durch einen breiten, nach vorn convexen Bogenschnitt, welcher von dem einen Sitzbeinhöcker zwischen der hintern Commissur der Vulva und der Analöffnung hindurch zum anderen Sitzbeinhöcker führt, der Damm gespalten wird, worauf der Operateur sich auf stumpfem Wege zwischen Scheide und Rectum fast in der ganzen Breite durcharbeitet bis der Douglas'sche Raum sichtbar wird; dieser wird breit eröffnet, und es ist nun der Uterus mit seinen Anhängen, so weit er in die Bauchhöhle hineinragt, bequem zu übersehen. Der Uterus wird darauf nach hinten umgekippt, die Ligaturen rechts und links möglichst weit vom Uterus weg durch das Ligamentum latum gelegt und dann das letzere durchgeschnitten; ein querer Schnitt über die vordere Uteruswand trennt die oberste Grenze der Verbindung zwischen Blase und Uterus, und ermöglicht es, die erstere vom letzteren abzupräpariren, worauf der extraperitoneale Theil des Uterus nach vorausgegangener Ligirung entfernt wird. Ich komme bei der Beschreibung meines Falles auf die Details der Operation eingehender zurück, weshalb ich hier die Operation nur in kurzen Zügen andeute. Im übrigen verweise ich auf die Originalmittheilung.

Zuckerkandl hat seine Vorschläge lediglich auf Leichenversuche hin gemacht, und es ist überhaupt eine praktische Ausführung des Verfahrens, soviel mir bekannt ist, noch nicht publicirt worden; mir schien das Verfahren insbesondere deswegen vor dem Hegar'schen Vortheile zu bieten, weil der Eingriff ohne Zweifel kein so gewaltiger ist und im übrigen so

[1]) Berliner klin. Wochenschrift, 1889. Nr. 10.

[2]) Otto Zuckerkandl: ein neues Verfahren, die Beckenorgane vom Mittelfleische aus blosszulegen. Wiener med. Presse, 1889. Nr. 7 und 12.

ziemlich dieselben Chancen zu bieten schien. Ich benützte daher den ersten günstig gelagerten Fall, um die Operation zu versuchen.

Frau F., 39 Jahre alt, seit ihrem 16. Jahre spärlich, aber regelmässig menstruirt, eine Spontangeburt vor 17 Jahren mit normalem Wochenbett, ein Abort vor 9 Jahren mit mehrwöchentlichen Blutverlusten, seit 3 Wochen unaufhörliche Blutungen aus der Scheide mit leichten Kreuzschmerzen. Die Untersuchung in Narkose ergibt, dass die hintere Lippe des Muttermundes in einen etwa taubeneigrossen Tumor mit zerklüfteter, bei Berührung leicht blutender Oberfläche verwandelt ist, welch' letztere sich auch auf die obersten Partien des hinteren Scheidengewölbes erstreckt; die ziemlich zierliche vordere Lippe ist intact; der Cervix fühlt sich im supravaginalen Theil glatt an, ebenso der nicht vergrösserte normal gelagerte und ziemlich bewegliche Uterus; weder im Parametrium noch sonst in der Umgebung des Fruchthalters, lässt sich irgendwelche verdächtige Infiltration bemerken, die Anhänge liegen normal und sind beweglich. Am 15. Mai führte ich nun die Operation in folgender Weise aus. Ich begann sie in derselben Weise wie bei der vaginalen Totalexstirpation damit, dass ich zunächst an der vorderen Muttermundslippe in der üblichen Weise das Scheidengewölbe durchschnitt und nun die Blase so hoch als irgend möglich von der vorderen Cervixwand stumpf zurückpräparirte; die Blutung wurde durch Umstechung gestillt, und nun die Scheide mit Jodoformgaze mässig ausgestopft. Darauf wurde von einem Sitzhöcker über den Damm weg zum andern ein dreister Schnitt geführt, welcher einen gegen die Vulva zu convexen Bogen darstellte. Der Schnitt wurde, wenigstens in den mittleren Partien, nur so weit vertieft, dass die Hautgebilde dabei völlig durchtrennt waren; sämmtliche spritzenden Gefässe (vorwiegend Venen) wurden sofort mit Catgut unterbunden. Nun präparirte ich mit dem Scalpellstiel zwischen Scheide und Rectum in die Tiefe und war angenehm überrascht zu sehen, dass dies ausserordentlich leicht und ohne jegliche Verletzung von Scheide und Darm gelang. Je weiter in die Tiefe vorgedrungen wurde, desto mehr erweiterte ich mit dem Messer nach beiden Seiten hin den Wundcanal, so dass, als endlich der Douglas, bläulich durchscheinend, sichtbar wurde, durch den ziemlich langen Wundcanal sehr bequem eine volle Faust durchgeführt werden konnte, und ebenso gelang es ohne Schwierigkeit den Douglasschen Raum so breit zu eröffnen, dass auch durch diese Oeffnung die Hand sich bequem hindurchführen liess. Nun liess sich der Uterus mit seinen Anhängen gut übersehen, einige Darmschlingen, die sich vordrängen wollten, wurden durch einen grossen angeseilten Schwamm für die ganze Operationsdauer zurückgehalten. Die Uebersichtlichkeit des Uterus wurde noch wesentlich gehoben, nachdem derselbe ohne Mühe nach hinten gekippt und durch dicke Fadenschlingen, welche durch das Corpus hindurchgelegt worden waren, in retrovertirter Stellung dauernd erhalten wurde. Jede Ligatur konnte in beliebiger Entfernung vom Uterus unter der Leitung des Auges angelegt werden; und so liess sich das ganze Ligamentum latum beiderseits leicht abbinden, womit auch der Uterus bedeutend tiefer in den Wundcanal herabrückte. Darauf wurde die Jodoformgaze aus der Scheide entfernt, zwei Finger der einen Hand werden bis an die Grenze hinaufgeführt, bis zu welcher am Anfang der Operation die Blase abpräparirt worden war, und nachdem an der vorderen Uteruswand oberhalb des leicht erkennbaren Blasenansatzes durch einen queren Schnitt das Peritoneum durchtrennt worden war, bedurfte es nur einer leichten stumpfen Ablösung der Blase, und die in der Scheide liegenden Finger drangen in die freie Bauchhöhle ein. Nun wurde lediglich noch die Abbindung der seitlich vom Cervix gelegenen Partien, sowie die Durchschneidung der hinteren Scheidenwand vorgenommen, und der Uterus war frei. Da die Neubildung das hintere Scheidengewölbe mit ergriffen hatte, wurde ein grösseres Stück der hinteren Scheidenwand entfernt. Nun wird die Scheide durch Catgutknopfnähte lineär vereinigt, dann der Schwamm aus der Bauchhöhle entfernt, und nun das Peritoneum an der vorderen und hinteren Begrenzung des Loches durch eine fortlaufende Catgutnaht in der Weise wieder vereinigt, dass sämmtliche Resectionsstümpfe in den Wundcanal herausgeleitet und durch die Naht befestigt wurden. Der ganze Trichter zwischen Scheide und Rectum wird darauf, ebenso wie die Vagina mit Jodoformgaze ausgestopft, und die Patientin zu Bett gebracht.

Der Verlauf war insofern kein ganz glatter, als in der ersten Woche nach der Operation nicht unbeträchtliche Temperatursteigerungen auftraten, als deren Ursache sich bei der Entfernung der Jodoformgaze am 6. Tage nach der Operation ein kleiner Abscess erwies, der sich in der Tiefe des Wundcanals an der Stelle vorfand, an welcher die rechtsseitigen Anhänge des Uterus in die Peritonealwunde eingenäht worden waren. Der Abscess entleerte sich spontan nach aussen, und damit ging die Temperatur rasch auf die Norm zurück. An demselben Tage wurden die sämmtlichen Unterbindungsnähte entfernt und die Jodoformgaze durch ein dickes Drainrohr ersetzt, durch welches täglich desinficirende Ausspülungen des Wundcanals gemacht wurden. Der ganze Wundcanal verkleinerte sich nun zusehends. Um jedoch eine raschere Vereinigung der weit klaffenden Dammwunde herbeizuführen, wurde sie, etwa 14 Tage nach der Operation vollständig zugenäht, während durch eine Oeffnung an der hinteren Scheidenwand nahe dem Introitus vaginae ein dünneres Drainrohr in die Wundhöhle gelegt wurde. Dadurch schloss sich in weiteren 10 Tagen die Höhle vollkommen, während die Dammwunde per primam heilte. 4 Wochen nach der Operation steht die Kranke auf und wird wenige Tage später entlassen.

Ich habe mich entschlossen, diesen einen Fall bereits zu veröffentlichen, weil aus demselben sich wenigstens so viel mit Sicherheit entnehmen liess, dass sich diese Operationsmethode technisch sicher ausführen lässt, und dass dieselbe gegenüber der vaginalen Totalexstirpation für die oben erwähnten Fälle entschieden gewisse Vortheile darbietet. Es soll durchaus nicht geleugnet werden, dass die perineale Methode grössere technische Schwierigkeiten darbietet, als die vaginale; auch der Blutverlust bei der Operation ist grösser, und endlich erfordert sie eine längere Heilungsdauer, obwohl ich glaube, dass sich letztere bei weiterer Ausbildung der Methode noch beträchtlich verkürzen lassen würde. Besonderes Gewicht möchte ich noch auf die von mir hiebei ausgeführte Modification legen, dass die Operation mit der Umschneidung des vorderen Scheidengewölbes und der stumpfen Ablösung der Blase von der vorderen Uteruswand begonnen wurde. Wenn man nämlich diesen Akt von der Bauchhöhle aus vornehmen würde, wie es von Zuckerkandl vorgeschlagen wurde, würde derselbe schwieriger und lange nicht so rasch und bezüglich der Uretheren so sicher sich ausführen lassen.

Jedenfalls habe ich gerade in dieser Beziehung gar keine Schwierigkeiten gefunden. Gegenüber der Hegar'schen Methode wird wohl jeder beim Vergleich der beiden, dasselbe Ziel anstrebenden Operationen unbedingt zugeben, dass die von Zuckerkandl empfohlene Operation als der kleinere Eingriff bezeichnet werden muss, welcher auch, soweit dies überhaupt möglich ist, eine vollständige Restitutio in integrum zulässt.

Diese Operationsmethode scheint mir aber ausserdem noch die Möglichkeit darzubieten, retrouterin gelegene Eiterherde, abscedirende Hämatocelen, eventuell auch kleinere retro-uterine Tumoren operativ anzugreifen.

Doch darüber müssen erst weitere Erfahrungen gesammelt werden; ob die Chirurgen, wie Zuckerkandl meint, sich dieses Weges für die Mastdarmexstirpation bedienen werden, möchte ich dahingestellt sein lassen; ich habe wenigstens den Eindruck gewonnen, dass für höher sitzende Carcinome die Zugänglichkeit des Operationsfeldes doch eine beschränktere sein dürfte, als dies z. B. bei den Operationsmethoden von Kraske und Heineke der Fall ist.

Schliesslich möchte ich nochmals hervorheben und stimme

darin auch Felsenreich[3]) bei, dass die Totalexstirpation des Uterus nach der perinealen Methode keine Concurrenzoperation gegenüber der vaginalen sein kann und will. Wir werden für leichtere Fälle uns stets gern der vaginalen Methode mit ihrer günstigen Prognose bedienen; in denjenigen Fällen aber, in welchen es auf eine recht ausgiebige Entfernung des Fruchthalters und seiner nächsten Umgebung (und dieselben sind gar nicht selten) ankommt, glaube ich der peritonealen Methode eine gewisse Zukunft in Aussicht stellen zu können.

Die Gefahren des Hypnotismus.

Von Geheimrath Dr. *v. Ziemssen.*

(Vortrag, gehalten auf dem II. Oberbayer. Aerztetag am 20. Juli 1889.)

M. H.! Das Studium der hypnotischen Erscheinungen, welche Ihnen Herr Dr. Friedrich soeben vorgeführt hat[1]), blüht, wie Sie wissen, am meisten in Frankreich und hat dort auch eine gewisse praktische Bedeutung gewonnen, während dasselbe in Deutschland mehr von physiologischer und psychiatrischer Seite Beachtung gefunden hat. In Frankreich bestehen, wie bekannt, zwei Schulen, deren Anschauungen weniger in Bezug auf das Wesen der Erscheinungen differiren, als vielmehr in der Methode, den hypnotischen Zustand hervorzurufen, und besonders in der Bedeutung der Hypnose als Heilmittel: die Pariser Schule, welche in der Salpetrière ihren Sitz hat und unter Charcot's Einfluss steht, und die Schule von Nancy, welche vornehmlich von Bernheim und Liébault geleitet wird. Während sich die erstere gegen die Anwendung der Hypnose zu Heilzwecken im Allgemeinen ablehnend verhält, legt der Nanziger Kliniker Bernheim der Hypnose einen ausserordentlichen Werth als Heilmittel bei und zwar für die verschiedensten Krankheiten, und nicht blos für solche des Nervensystems. In den letzten Jahren haben sich nun auf Grund der Bernheim'schen Empfehlungen auch eine Reihe Deutscher und Schweizer Aerzte mit der Anwendung der Hypnose zu Heilzwecken beschäftigt, und es giebt manche unter diesen Herren, welche für dieses neue Heilmittel schwärmen und demselben eine sehr günstige Prognose für die Praxis stellen. So hat vor nicht langer Zeit Herr Dr. Forel, Professor der Psychiatrie in Zürich, in einer Versammlung Schweizer Aerzte den Collegen die Hypnose als Heilmittel auf das Eindringlichste empfohlen und den Wunsch ausgesprochen, dass dieselben von diesem unschätzbaren Heilmittel den ausgiebigsten Gebrauch in ihrer Praxis machen möchten. Solchen enthusiastischen Empfehlungen gegenüber ist es wohl an der Zeit, einen ernsten Warnungsruf erschallen zu lassen. Es ist das schon von verschiedenen Seiten geschehen, und besonders in Deutschland haben mehrere vorurtheilsfreie und objective Beobachter zur grössten Vorsicht in der Anwendung der Hypnose gemahnt. Diese Warnungen sind um so bedeutsamer, als sie zum Theil von akademischen Lehrern ausgehen — ich nenne nur Binswanger und Seeligmüller —, welche sich sowohl theoretisch als praktisch eingehend mit dem Hypnotismus beschäftigt haben und desshalb sicherlich zu einem maassgebenden Urtheil ebenso befähigt als berechtigt sind.

Unsere Erfahrungen im Krankenhause l./I. sind der Anwendung der Hypnose als Heilmittel durchaus ungünstig. Angeregt durch die Versuche, welche Herr Dr. Frhr. v. Schrenck mit meiner Zustimmung und in meiner oder meiner Assistenten Anwesenheit an Kranken der Abtheilung anstellte, haben wir nicht nur die von Herrn Collegen Dr. v. Schrenck behandelten Personen, sondern auch eine Reihe anderer Patienten, die mit der Hypnose behandelt wurden, genau verfolgt. Die Ergebnisse sind in allen wesentlichen Punkten unbefriedigend und zum Theil geradezu abschreckend. Ich kann sie in die zwei Sätze zusammenfassen: dass die Hypnose nichts oder nur vorübergehend bei leichten functionellen Störungen nützt, und dass dieselbe bei vielen Kranken geradezu schadet.

Was den ersten Punkt anlangt, so kann man als das Gebiet, auf dem vorzüglich die therapeutischen Versuche mit der Suggestion Platz gegriffen haben, die Krankheiten des Nervensystems bezeichnen. Von diesen sind es nun wieder nur die einfachsten Formen der nervösen Störungen, welche von der Hypnose günstig beeinflusst worden und auch diese nur vorübergehend und höchst selten dauernd. Zahnschmerz und andere Neuralgien, Kopfdruck, anomale Gemeingefühle, nervöse Aufregung und Schlaflosigkeit: das sind die Zustände, in denen anfänglich oft ein überraschender Erfolg erzielt wird. Ich will nur einen Kranken erwähnen, welchen ich in der Heilanstalt des Herrn Dr. v. Hösslin beobachtete, den schwersten Fall von Morbus Basedowii, den ich je gesehen. Derselbe war längere Zeit absolut schlaflos und es wurde, da er keines der gangbaren Hypnotica vertrug, ein Versuch mit der Hypnose gemacht. Der Versuch hatte die ersten Male einen guten Erfolg, besonders das erste Mal wurde ein ruhiger Schlaf von 6 stündiger Dauer erzielt. Dann verminderte sich der Erfolg rasch und blieb später ganz aus. Ebenso vorübergehend ist der Erfolg bei Zahnschmerz, Kopfschmerz, Migraine u. s. w. Es sind eben fast immer nur Symptome von Krankheiten, welche man beseitigt, nicht die Krankheiten selbst, und auch diese Symptome selbst werden nur höchst selten dauernd beseitigt.

Auch das möchte ich noch besonders betonen, dass sehr viele Personen, besonders männlichen Geschlechts, der Hypnotisirung widerstehen — es disponirt bei den Männern wie bei den Weibern ganz besonders die sogenannte nervöse Constitution —, und wenn zur Erklärung dieser Misserfolge von den Heisssporen des Hypnotismus vorgekehrt wird, es liege das nur an einem mangelhaften Verfahren, einer ungenügenden Fertigkeit der Hypnotiseure, so ist das ein zu wohlfeiler Einwand, als dass er auf die Dauer Beachtung finden könnte.

Bei den ernsteren Formen der allgemeinen Neurosen, vor Allem bei der Epilepsie, Chorea, Paralysis agitans sind bisher beglaubigte Erfolge überhaupt nicht erzielt worden, von tieferen Störungen in anderen Organen ganz zu schweigen.

Wenn man nur die einfachsten, ich möchte sagen superficiellsten Formen der Störung und auch diese nur vorübergehend günstig beeinflussen kann, so erscheint es denn doch als ein sehr bedenkliches Verfahren, dieserwegen das Gehirn in einen Zustand von »experimentell erzeugtem Blödsinn« zu versetzen, wie ihn Meynert genannt hat. Man hat gesagt, es heisse mit Kanonen nach Spatzen schiessen, wenn man wegen Kopfschmerz, Schlaflosigkeit oder unbehaglicher Gefühle einer Hysterischen die Rindencentra vorübergehend ausser Function setzen wollte.

Man wird vielleicht von gegnerischer Seite einwenden, dass gerade das grosse Feld der Hysterie, einer der schlimmsten und hartnäckigsten Neurosen, sich besonders für die hypnotische Behandlung eigne; und, m. H., es werden auch in der That bei der jetzigen Hochfluth der hypnotischen Strömung viele Hysterische mit der Hypnose behandelt. Ich bin in den letzten Wochen mindestens vier Mal von Hysterischen oder ihren Angehörigen befragt worden, ob ich dazu rathen könnte, dieses neue Mittel gegen ihre zahlreichen Beschwerden anzuwenden. Also das kommt gewiss öfter vor, und es werden sicher auch andere Collegen von dergleichen zu erzählen wissen. Das grosse Publicum ist nun einmal nach Neuerungen lüstern, es ist wundersüchtig, und alles scheinbar Uebernatürliche und Unverständliche

---

[3]) Felsenreich, Totalexstirpation des Uterus per vaginam wegen Carcinom des ganzen Cervix. Wiener med. Presse, 1889. Nr. 25.

[1]) Demonstration einiger Erscheinungen des Hypnotismus.

übt einen besonderen Reiz aus. Sicher wird in der nächsten Zeit diese Strömung noch einen viel höheren Grad erreichen und sie wird das Gebiet der Hysterie wohl zunächst ganz überfluthen. Nun ist aber der Erfolg der Hypnose gerade bei dieser Krankheit dahin zu präcisiren, dass die Krankheit durch öfter wiederholte Hypnotisirungen meist erheblich verschlimmert wird, dass leichtere Formen des hysterischen Krankheitsbildes direct durch die Hypnotisirung in die grande Hysterie Charcot's übergeführt werden können. Es soll nicht bestritten werden, dass man einzelne schwere Symptome der grossen Hysterie, z. B. Krämpfe, Contracturen, Lähmungen durch die Hypnose vorübergehend beseitigen kann, allein es handelt sich doch immer um den Ersatz eines anomalen Gehirnzustandes durch einen andern. Und bei den leichteren Formen der Hysterie, wie sie dem Arzte tagtäglich in der Praxis vorkommen, wächst die Hysterie mit jeder Hypnose. Es ist eine wahrhaft cumulative Wirkung der Schädlichkeiten der Krankheit und der Heilmethode, analog den Erscheinungen bei dem Versuch, den Morphinismus durch den Cocainismus zu heilen.

Aber nicht nur bei Hysterischen, sondern auch bei jeder gesunden Person überzeugt man sich bald von der Unrichtigkeit des fundamentalen Satzes der Nancy-Schule, dass die Hypnose ein mit dem natürlichen Schlafe verwandter, wenn nicht identischer Zustand sei. Es handelt sich zweifellos um einen pathologischen Zustand, welcher bei häufiger Wiederholung sich zu einem Grade entwickelt, dass er geradezu psychotisch genannt werden muss. Es ist eine allgemein anerkannte Thatsache, dass die Hypnotisirbarkeit der Individuen mit jeder Hypnose wächst, dass dieselben schliesslich dahin kommen, dass sie des hypnotisirenden Arztes gar nicht mehr bedürfen, sondern sich selbst hypnotisiren, indem sie einen festen Punkt, einen Lichtstrahl, ein glänzendes Metall fixiren oder schon in Hypnose verfallen, wenn sie den Arzt durch's Zimmer gehen sehen oder seinen Schritt von Weitem hören. So können sich Zustände entwickeln, welche an Blödsinn erinnern, und welche man als einen dauernden Schwächezustand der corticalen Centra der bewussten Vorstellungen und der Willensimpulse neben einer Hyperästhesie der subcorticalen Hirntheile bezeichnen kann. Noch lassen sich die Schäden, welche das Gehirn vieler Individuen durch oft wiederholte Hypnotisirung erfährt, in ihrer Ausdehnung und Dauer nicht übersehen. Aber so viel kann man schon jetzt mit Bestimmtheit sagen, dass die Lehre der Nancy-Schule von der Harmlosigkeit oft wiederholter Hypnotisirungen ebenso falsch ist, als etwa die Behauptung, dass die Gewöhnung des Menschen an subcutane Morphiuminjectionen eine harmlose und ungefährliche Sache sei. Und ferner, wenn dergleichen schon gefährlich in der Hand des Arztes ist, um viel mehr wird dies der Fall sein in der Hand des hypnotisirenden Laien, der aus Gewinnsucht oder aus Fanatismus die Hypnotisirung bis zu den äussersten Consequenzen fortsetzen wird. Wie viel Verwirrung diese Suggestionslehre auf das Gehirn der grossen Menge ausüben muss, liegt auf der Hand. Laien, welche mit den mannichfaltigen Erscheinungen des gesunden und kranken Nervenlebens nicht vertraut sind, stehen diesen Dingen kritiklos gegenüber und müssen schliesslich in ihrer Ueberzeugung von der Willensfreiheit und von der Verantwortlichkeit des Individuums für seine Handlungen durch die Consequenzen der Suggestionstheorie erschüttert werden.

Noch hat die hypnotische Strömung, wie es scheint, ihren Höhepunkt bei uns in Deutschland noch nicht erreicht, noch steigt der Enthusiasmus für das wunderthätige Heilmittel; aber ich vertraue der historischen Erfahrung, dass dergleichen Strömungen, je schneller die Hochfluth steigt, um so rascher auch wieder in das natürliche Bett zurückgeleitet werden. Ich vertraue besonders auf den gesunden Sinn der deutschen Aerzte, deren wissenschaftliche Objectivität diesen Dingen wie aller wundersüchtigen Speculation einen festen Damm entgegensetzen und verhüten wird, dass mit der Hypnose Unheil angerichtet werde.

Aus der k. chirurgischen Klinik zu München.

Ueber Actinomykose beim Menschen.

Von Dr. *Julius Fessler*, Assistenzarzt.

Die Strahlenpilzkrankheit ist erst in den letzten Jahrzehnten erkannt worden. Allerdings fand der jüngst verstorbene Chirurg B. v. Langenbeck in manchem menschlichen Eiter eben noch sichtbare, saffranfarbige Körnchen mit drusiger Oberfläche und strahligem Bau und gab davon Beschreibung und Abbildung, die mit den heutigen Kennzeichen des Strahlenpilzes übereinstimmen; weiter aber wurde die Eigenschaft dieser sonderbaren, auffälligen Körperchen nicht bestimmt. Erst 1876 erkannte Bollinger[1]) diese Elemente wieder in den derben Kiefer- und Zungengeschwülsten des Rindes, die unter dem Namen des Ihlkropfes, der Holzzunge für Sarkome angesehen worden waren. Von ihm und dem Botaniker Harz stammen Namen und unsere heutigen Kenntnisse über diesen bösartigen Parasiten.

Damit war die Anregung für viele weitere Arbeiten gegeben, welche diesen Pilz auch beim Menschen nachwiesen (namentlich Ponfick 1882, Israel 1883 und 1885).

Fast räthselhaft mag es erscheinen, dass alle diese Beobachtungen am Mensch aus Norddeutschland stammen, in Süddeutschland nur in Württemberg solche Fälle des öftern bekannt geworden sind, während in Bayern nur ganz vereinzelte Fälle beobachtet worden sind. 1887 wurde von Bollinger ein sicherer Fall genau beschrieben. Es war dies ein bei der Autopsie gefundener Tumor im 3. Gehirnventrikel, der sich mikroskopisch als durch Aktinomykosis bedingt erwies.

Um so mehr freut es mich, aus den letzten 5 Monaten 2 Fälle mittheilen zu können, die hier klinisch beobachtet sind.

Da ich der Ansicht bin, dass eine genaue Schilderung der Erscheinungen und des Verlaufes, die mich zu der Diagnose geführt haben, für eine Erkenntniss in ähnlichen Fällen förderlich sein kann, will ich sofort mit dem ersten Falle beginnen:

Am 15. Januar ds. Jrs. wurde ein 18jähriges Bauernmädchen in die chirurgische Abtheilung des Krankenhauses l./I. aufgenommen, da dasselbe an einer Geschwulst am rechten Unterkiefer litt. Sie war die Tochter eines Oeconomen, aus Oberbechingen in Württemberg zugereist. Die Geschwulst begann innerhalb 8 Tagen vor 3 Jahren ohne besondere Veranlassung und zwar sofort als eine Vergrösserung des Knochens am Kieferwinkel selbst. Diemal während des allmählichen Anwachsens trat an verschiedenen Stellen, da wo der horizontale Ast des Kiefers in den vertikalen übergeht in der Wange eine vorübergehende Erweichung auf, welcher eine kurz dauernde, geringfügige Eiterung und im Anschlusse daran feste Vernarbung folgte. Kurz nach jeder Abscedirung schien die Geschwulst kleiner zu werden für einige Wochen, sie wuchs jedoch nichtsdestoweniger immer weiter und hinderte die Kranke mehr und mehr beim Kauen, Schlucken und Sprechen; die Schmerzen hierbei waren ab und zu sehr bedeutend. In den letzten Wochen begann die Schwellung sich mehr gegen das Kiefergelenk zu verlegen, es wurde auch hier eine Erweichung und Schwellung deutlicher und durch letzteren Umstand namentlich die Kaubewegung schwerer und schmerzhafter, Erscheinungen, die wegen ihrer bedrohlichen Natur die Kranke veranlassten hier Hilfe zu suchen.

Schlechte Zähne hatte die Kranke vor den letzten 3 Jahren wohl auf der erkrankten Seite, in den letzen Jahren aber nicht. Eine erbliche luetische oder tuberculöse Belastung, irgend ein anderes veranlassendes Moment konnte nicht aus der Kranken erforscht werden.

Diese Anamnese im Zusammenhalt mit dem objectiven Be-

[1]) Diese Wochenschrift, 1887, Nr. 41.

funde machte die Diagnose auf Knochenneubildung wahrscheinlich. Das rechte Unterkiefer war nämlich in seinem ganzen Körper spindelförmig verdickt und gestaltete dadurch die ovale Form des Gesichtes zu einem rundlichen Auswuchs nach rechts unten. Die Kranke konnte die Zahnreihe kaum auf mehr als auf Centimeterbreite öffnen und selbst dies war mit Schmerzen verbunden; die rechte Wange war fleckig geröthet, zeigte am Kieferwinkel drei weisslich-strahlige Narben; die Gegend der rechten Schläfe war leicht geröthet, die Weichtheile, sowohl Haut als Zellgewebe fühlten sich verdickt an und zeigten vor der Gelenkgegend dicht am Jochbogen eine 50pfennigstückgrosse, weiche, auf Druck empfindliche, schwappende Stelle von kreisrunder Form, mit dünner dunkelrother Haut bedeckt. Dies war der einzige weiche Punkt der ganzen Geschwulst, die sich im Uebrigen sowohl von der äusseren Fläche aus, als auch von der Mundhöhle her knochenhart anfühlte, wobei ihre Oberfläche als leicht höckerig, gross-bucklig erschien. Der Gesammteindruck der Geschwulst war der einer Neubildung, die durch eine blasig von innen heraus stattfindende Auftreibung des Knochens bewirkt war; die vorhandenen Backenzähne waren gut erhalten, keiner beweglich oder auf Druck schmerzhaft; die Wangenschleimhaut erschien unverändert.

Einwärts und unterhalb des Kieferrandes unter dem Mundboden lag eine taubeneigrosse, schmerzlose bewegliche Drüse. Die in ihrem Knochengerüste und Musculatur gut entwickelte Patientin, die sich in einem guten Ernährungszustand befand, zeigte ausser dem Erwähnten keine anderweitigen pathologischen Veränderungen.

Die Diagnose lautete auf Cysto-Sarcom, das ja gerade am Unterkiefer nicht selten vorkommt. Es wurde daher die halbseitige Resection des Unterkiefers beschlossen und hiefür der 18. I. 1889 bestimmt. Noch am Abend vor der Operation untersuchte ich die Kranke wiederholt und wurde in der anfangs gestellten Diagnose schwankend gemacht und zwar aus folgenden Gründen:

Auffallend war mir die ausgedehnte Betheiligung der Wangenweichtheile, welche sehr einem chronischen entzündlichen Vorgang glich, namentlich sprach die bedeutende Beschränkung des Unterkiefergelenkes, die Erweichung und beginnende Abscedirung in dieser Gegend dafür, während doch die Hauptmasse der Geschwulst am Knochenkörper keine Spur einer Erweichung zeigte. Für eine von Zeit zu Zeit aufflackernde Entzündung sprachen auch die Angaben der Kranken, dass schon einige Male solche kleine Abscesse am Kieferwinkel entstanden waren, nach deren Aufbruch die ganze Geschwulst sich ziemlich verkleinert hatte und die Krankheit besser zu werden schien. Diese kleinen Eiterherde hatten sich in kurzer Zeit entleert und waren bald wieder gut verheilt, wofür die noch sichtbaren festen Narben zeugten. Nach jeder Eiterung vergrösserte sich die Geschwulst wieder, die nächste Erweichung lag immer etwas höher als die erste. Erweichen Sarcome, so ist meistens damit der ausgedehnte Zerfall der ganzen Geschwulstmasse eingeleitet, eine solide Vernarbung dürfte meines Wissens zu den Seltenheiten zählen. Ich dachte daher weniger mehr an ein Sarcom, als vielmehr an einen chronischen Entzündungsvorgang. Tuberculose oder Lues war bei dem guten Allgemeinbefinden der Kranken, bei dem Fehlen von Fistelgängen, die bei solchen Knochenprocessen nach erfolgtem Aufbruch gewöhnlich zurückbleiben und in ein fungöses, leicht zerfallendes Gewebe oder auf rauhen Knochen führen, nicht sehr wahrscheinlich; dazu war auch der Allgemeinbefund negativ, sowie auch anamnestisch kein Anhaltspunkt hierfür zu erfahren war. Meinem Chef legte ich diese Gründe für meinen Zweifel an der ursprünglichen Diagnose vor und äusserte ihm gegenüber meine Anschauung dahin, dass es sich hier möglicher Weise um einen Fall von Aktinomykose handle. Der Operationsplan musste selbstverständlich auch unter dieser Möglichkeit derselbe bleiben; nur behielt ich mir vor den Abscessinhalt genauer untersuchen zu dürfen. Die Operation ging glatt von Statten und unterm 13. II. 1889 konnte Patientin geheilt entlassen werden.

Auf eine jüngst schriftlich über das Mädchen eingezogene Erkundigung hin erfuhr ich, dass es ihr gut geht und nichts Schlimmes nachgekommen ist.

Die kranke Kieferhälfte, welche stark mit den umgebenden, sehr gefässreichen Weichtheilen, namentlich im Bereiche des aufsteigenden Astes verwachsen war, stellte sich als ein ziemlich fester spindelförmiger Knochenkörper dar, der allseitig von einer dicken Knochenhaut überzogen war; auch das derbe Zahnfleisch haftete fest an ihm; die vorhandenen gut erhaltenen Backenzähne waren keineswegs gelockert. Nur an der hinteren Seite des aufsteigenden Astes, etwas oberhalb des Winkels, ungefähr den oben beschriebenen Narben und dem unteren Rande des Abscesses entsprechend, führte eine kaum hanfkorngrosse Oeffnung auf etwa 1 cm in die Knochenmasse und war mit gelb-röthlichem, weichem Gewebe erfüllt; eine Eiterung konnte hier nicht gefunden werden. Ein Sägeschnitt sagittal durch den Knochen und jene erweichte Oeffnung gelegt, erwies die Geschwulst als eine solide, fein spongöse Knochenmasse, ohne Höhlenbildung; besagte Oeffnung war also ein kurzer, blinder Gang. Die mikroskopische Untersuchung dieser Stelle ergab, wie ich hier gleich anfügen will, auf gehärteten, entkalkten Schnitten jugendliches zellenreiches Bindegewebe, eingelagert in ein dichtes Netz von Knochenbälkchen. Die Drüse zeigte ausser Hypertrophie keine besonderen Eigenthümlichkeiten. Die während der Operation in ein steriles Röhrchen aufgefangene Eitermenge betrug kaum 2 ccm, war dünnflüssig, hellgelb von Farbe, ohne Geruch. In derselben fanden sich nun zahlreiche, kaum stecknadelkopfgrosse, rundliche Körperchen von durchscheinend gelber Farbe, welche wie feine Sandkörnchen an der Wandung des Glasröhrchens leicht haften blieben. Mikroskopisch erwiesen sich dieselben als Actinomycesdrusen nach dem Urtheile des Herrn Prof. Bollinger. Weder in den Knochenschnitten aus jener erweichten Stelle, noch sonst in der exstirpirten Geschwulst konnten solche Pilze wiedergefunden werden. Andere eitererregende Mikroorganismen fanden sich ebensowenig in der Geschwulst als in jenem Eiter. Acht Gelatineplatten, die mit dem Eiter angelegt worden waren, zeigten nach 3 Tagen keine Entwickelung anderweitiger Pilze; nur die Actinomycesdrusen konnten in demselben deutlich erkannt werden. Die Cultivirung des Actinomyces, welche mit jenen Platten beabsichtigt war, musste leider unterbleiben, da ich unvorhergesehen auf 14 Tage plötzlich verreisen musste.

Dies war der erste Fall von Actinomykose, den ich beim Menschen beobachten konnte. Während der Osterferien hatte ich Gelegenheit zwei weitere Fälle auf der v. Bergmann'schen Klinik in Berlin zu sehen. Sie betrafen die Weichtheile in der Fossa canina; dieselben charakterisirte ebenfalls der chronische Verlauf von mehreren Monaten, das Fehlen jeder bedeutenden Erscheinung von Entzündung oder Schmerz. In einer harten, leicht gerötheten Schwellung der Wange entwickelte sich allmählich eine eng umschriebene dicht unter der Haut gelegene Erweichung, von der ein derber Strang in die Tiefe zum Alveolarfortsatz des Kiefers führte. Die Eröffnung des Erweichungsherdes ergab jedesmal wenige Tropfen einer trüben, blutigen Flüssigkeit mit grauen oder gelben Flecken. Das Mikroskop half zur Diagnose, indem sich in diesen Flocken die Pilzmassen fanden.

Anfangs Mai nun sah ich auf der Abtheilung eines meiner Collegen eine Kranke mit einer geschwollenen Wange, deren Beschaffenheit mich sofort an obige Beobachtungen erinnerte. Das Mädchen war 19 Jahre alt, sah gesund und kräftig aus, litt aber an einer diffusen, harten Schwellung der rechten Unterkietergegend, welche ziemlich rasch und ohne äussere Ursache anfangs März dieses Jahres unter bedeutenden Schmerzen eingesetzt hatte. Die Geschwulst hatte auf den ersten Blick das Aussehen einer von cariösen Zähnen ausgehenden Knochenhautentzündung, war vom Knochen nicht trennbar.

Da auf der entsprechenden Seite zwei cariöse Mahlzähne, die allerdings schon wenigstens 8 Jahre vor Beginn des Leidens schlecht und nie schmerzhaft waren, mit dem umgebenden Zahnfleisch bedeutend in die Schwellung hineingezogen waren, so wurden diese entfernt.

Allein die Geschwulst blieb unverändert. Während die Alveolarwunden gut heilten, senkte sich die Geschwulst, an Umfang allmählich ohne Fieber und ohne bedeutende Schmerz-

haftigkeit zunehmend, mehr zum Kieferrande nach dem Halse herab. Auch bei diesem Falle stellte sich rasch eine bedeutende Beschränkung der Kaubewegung ein, so dass der Kranken öfters der Mundspiegel eingesetzt werden musste, um ihr wieder einigermassen das Kiefergelenk frei zu machen. Anfangs Mai trat auch hier am Unterkieferrande eine Markstück-grosse tiefrothe schmerzlose Stelle auf. Diese eigenthümlich teigige, oberflächliche und scharfbegrenzte Erweichung inmitten einer bretharten Infiltration, der im Vergleich zu der bedeutenden, über hühnereigrossen Schwellung träge Verlauf, erinnerten mich an die vorauferwähnten Fälle, so dass ich meinen Collegen, die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf Actinomykose stellend, bat, die erweichte Stelle zu eröffnen. Wenige Tropfen durch Blut und kleinste graugelbe Flocken getrübten Serums liessen sich herauspressen; Herr Prof. Bollinger konnte auch hier Actinomykosedrusen bestätigen und gab eine Mittheilung davon der morphologischen Gesellschaft.

Am 15. Mai wurde die ganze, ergriffene Hautgegend bis zum Knochen in weiter Ausdehnung von Geheimrath v. Nussbaum ausgeschnitten. Auch da zeigte sich das Gewebe sehr hart, derbe Stränge, grosse Blutgefässe durchzogen dasselbe nach allen Richtungen. Drüsen waren keine geschwellt. Den Knochen fand Geheimrath v. Nussbaum in gutem Zustande, keineswegs verdickt, erweicht oder rauh, so dass mit einer vollkommenen Verschorfung der Wundfläche durch den Thermocauter die Operation beschlossen wurde.

Patientin machte einen guten Wundverlauf durch, fieberte nie; sehr rasch bedeckte sich die Wundfläche mit üppigen, schönen Granulationen; anfangs Juni wurde die Fläche durch Tiersch'sche Transplantationen gedeckt, so dass das Mädchen am 13. Juni mit frisch überhäuteter Narbe entlassen werden konnte. Nach brieflicher Mittheilung ist dasselbe bis heute gesund.

Eigenthümlich ist es, dass auch in diesem Falle in dem reichlich exstirpirten, entzündeten Gewebe weder durch Zupf- noch Schnittpräparate weitere Drusen, auch keine anderen Mikroorganismen gefunden werden konnten.

Es handelt sich also wahrscheinlich in diesem sehr frischen, jungen Fall von Actinomykose um eine Senkung der Pilzwucherung am Alveolarfortsatz herab vermittelst einer sehr allmählichen, aber doch in ihrer Ausdehnung colossalen Entzündung der Weichtheile direct zu jener erweichten Stelle, welche als Eliminationspunkt für die gefährlichen Eindringlinge anzusehen ist. Bekanntlich ist es aber mit einer solchen Erweichung nicht abgethan, sondern schleichend geht der Process von der verhärteten Narbe in den strangförmig verdickten Lymphbahnen um eine Etappe tiefer nach dem Brustfellsack oder höher nach der Schädelbasis und Wirbelsäule weiter und führt zu einem sicher tödtlichem Ende.

Für den letzten Fall schulde ich anamnestisch noch, dass die Kranke aus Dietenheim, 10 Minuten jenseits der bayerischen Grenze in Württemberg, stammt, dass ihre Aeltern vor 7 Jahren an Magenleiden gestorben sind. Von Tuberculose, Lues ist in der Familie nichts bekannt, auch von Neubildungen besonderer Art nicht. Das Mädchen war immer im Haushalte beschäftigt, diente vom Jahre 1885 bis September 1887 in München (kurze Zeit in Augsburg), war währedn des Septembers 1887 zu Hause und vom October 1887 bis heute wieder hier in Dienst.

Wenn ich aus dem ziemlich conformen Symptomencomplex der aufgeführten Fälle einige Charakteristica hervorheben soll, welche unter Umständen auf die rechtzeitige Erkennung der Krankheit führen können, so möchte ich dahin rechnen, abgesehen von dem Fehlen jeder anderweitigen krankhaften Veranlagung:

1) den torpiden, hartnäckigen Verlauf der Entzündung, ohne Fieber oder besonderen Schmerz,

2) die beträchtliche Ausdehnung und Härte der entzündlich ergriffenen Gegend.

3) Ausserdem waren in allen Fällen, wo der Process am oder im Knochen sass, die umgebenden Weichtheile in grosser Ausdehnung mit diesem verwachsen, hingen durch derbe Stränge mit ihm zusammen.

4) Gewöhnlich kommt es in der entzündlichen Geschwulst nach Wochen und Monaten zu einer umschriebenen, oberflächlichen Erweichung, welche sich ohne stürmische Erscheinungen nach aussen entleert.

5) Die geringfügige Absonderung dieser Erweichung hat die oben geschilderten Eigenschaften eines eigenthümlichen Eiters oder blutig gefärbten Serums. (Eventueller Nachweis von Drusen in ihm.)

6) Ein solcher Herd vernarbt rasch, die ganze Geschwulst scheint zurückzugehen; in den nächsten Wochen oder Monaten aber bildet sich ein mit dem früheren zusammenhängender neuer unter ganz gleichen Erscheinungen.

7) Ein ausgedehnter Zerfall scheint erst spät einzutreten.

Differentialdiagnostisch kommen luetische, tuberculöse Vorgänge und Neubildungen in Betracht.

Da die Unterscheidung von solchen Processen sehr schwer ist, hielt ich die Mittheilung obiger Fälle für angezeigt; Herrn Geheimrath v. Nussbaum und Herrn Obermedicinalrath Prof. Bollinger danke ich daher bestens für gütige Gewährung des Stoffes hiezu.

Ueber einen Fall von Actinomykosis cutis faciei.

Von Dr. *C. B. Tilanus*, Privatdocent der Chirurgie an der Universität Amsterdam.

Die Anzahl Fälle von Actinomycosis, die in der Niederländischen Litteratur beschrieben sind, ist noch ziemlich klein. Es wurden bis jetzt nur vier publicirt, einer von Dr. Hanken in Dordrecht, zwei von Prof. Sterson in Leiden und einer von Prof. Tilanus in Amsterdam. Der Fall, den ich hier beschreiben möchte, ist ausserdem interessant, da es eine der seltenen Formen von Actinomycose betrifft.

In dem jüngst erschienenen »Jahresbericht der ersten chirurgischen Klinik des Hofrathes Prof. Albert in Wien, Schuljahr 1887« theilt Hochenegg einen ähnlichen Fall mit. Dabei war auch nur die Haut der Wange erkrankt, Mundschleimhaut und Muskelschicht geblieben. Von dergleichen Fällen sollen nur noch zwei bekannt sein (Albert und Majocchi).

In meinem Falle handelte es sich um eine Patientin, ein junges Mädchen von 22 Jahren, Frl. M. v. L. aus V., das am 24. März ds. Js. meinen Vater, Professor der Chirurgie an der hiesigen Universität, wegen Erkrankung der rechten Wange aufsuchte. Mein Vater rieth ihr, zur Behandlung in Amsterdam zu bleiben und sich daselbst in eine Anstalt aufnehmen zu lassen. Sie wählte sich dazu das Katholische Krankenhaus und wurde da von meinem Vater und mir in Gegenwart von Dr. van der Heijden, Chirurg am obengenannten Krankenhaus, am 26. März zum ersten Male untersucht.

Wir constatirten damals Folgendes:

Die übrigens gesunde und gut ernährte Patientin hat an keiner Krankheit gelitten, welche die Aufmerksamkeit erregen könnte; am Ende des vorigen Jahres wurde sie von einer Schwellung der rechten Gesichtshälfte befallen, die Anfangs unbedeutend, langsam zunahm und später an mehreren Stellen durchbrach, mit Breiumschlägen und Salbe behandelt wurde, aber nicht wieder heilte. Ihr Arzt rieth ihr daher, meinen Vater zu consultiren.

Status praesens: An der rechten Wange waren beinahe über die ganze Oberfläche vom stark geschwollenen unteren Augenliede an bis an die Seite des Halses unter dem Angulus maxillae inferioris mehrere rothe prominirende Flecken, welche mit gesunden Hautpartien abwechselten, und verschiedene granulirende Geschwüre, die ein wenig seropurulente Flüssigkeit absonderten, sichtbar. Bei Berührung fühlten wir die prominir-

enden Flecken fluctuiren und konnten wir aus den Ulcerationen ein wenig Flüssigkeit drücken. Uebrigens ist die Wange hier mehr, dort weniger oberflächlich infiltrirt, an dem Hals aber ist ein ziemlich resistenter, halb fluctuirender Tumor fühlbar. Die Untersuchung mit der Sonde lehrte, dass die Geschwüre Fistelöffnungen waren. In der Mundhöhle finden wir beinahe alle Zähne cariös und mehrere ganz oder theilweise verschwunden. Die Schleimhaut ulcerirt nur ein wenig an der Innenfläche der Wange und ist nicht oder kaum infiltrirt. Die Tonsillen sind gesund. Der Mund kann gut geöffnet und bewegt werden.

Bei der Diagnose musste natürlich zuerst gedacht werden an Neubildung (Krebs), Tuberculose oder Lues. Weder der Aspect der Erkrankung, noch das Alter gaben Grund für das Erste, auch schien keine Tuberculose im Spiel zu sein, zudem da diese nicht auf solche Weise auftritt. Ebensowenig fanden wir Gründe, die Erkrankung Syphilis zuzuschreiben. Daher vermutheten wir auch bald, dass es sich um einen Fall von Actinomycose handelte, und sahen aufmerksam nach, ob auch einige der typischen gelben Körnchen in der Ausscheidung der Fistel zu finden waren.

Es zeigte sich bald deutlich, dass dies in der That der Fall war; und als wir dabei bei mikroscopischer Untersuchung die Körnchen als kolbentragende Pilzconglomerate erkennen konnten, blieb selbstverständlich an der Diagnose kein Zweifel übrig.

Daher wurde beschlossen, die Fistel und die eventuellen Höhlen ausgiebig auszukratzen. Hiezu wurde direct geschritten, und dabei unter Chloroformnarkose eine ziemlich grosse Menge von schlaffem, mit gelben Körnchen durchsetztem Granulationsgewebe weggeschafft, nicht allein aus den Fistelgängen, auch aus den meisten prominirenden rothen Flecken, die sich alle als oberflächliche Hautabcesse erwiesen. Nachdem einige bei Operation entstandene Gänge drainirt und mit Sublimat ausgespritzt worden waren, wurde das Ganze mit einem antiseptischen Verband gedeckt.

Am folgenden Tage fand ich Patientin sehr wohl; und als noch einige Tage später der Verband gewechselt wurde, konnten die Drains weggenommen werden. Die Wunden hatten ein ganz befriedigendes Aussehen gewonnen und heilten beinahe alle prompt, theilweise unter Sublimatumschlägen. Nur noch ein paar Fistelchen mussten in einer zweiten Sitzung um 24. April ausgelöffelt werden. Dabei wurde die Narkose noch einmal benützt, um die cariösen Zähne, deren Entfernung nützlich erachtet wurde, zu extrahiren. Kurze Zeit nach dieser zweiten Operation war Alles geheilt, und wurde die Patientin ungefähr sechs Wochen nach der ersten Operation als genesen entlassen.

Ich möchte dem Falle das Folgende hinzufügen. Zuerst muss ich gestehen, dass es mir nicht gelungen ist, ein ätiologisches Moment zu entdecken. In einem Falle, der vor einigen Monaten an der Klinik zu Amsterdam behandelt wurde, handelte es sich um einen Schiffer, der oft Getreide in Ladung hatte und gewohnt war, Getreidekörnchen zu kauen. [1]) Unsere Patientin dagegen wohnte bei ihren Eltern, die einen Laden hatten. Indessen ist es wohl kaum zweifelhaft, dass die ausgebreitete Zahncaries hier eine Rolle gespielt hat. Dann möchte ich auch noch darauf hinweisen, welch grossen Werth in diesen Fällen die auf die richtige Diagnose sich stützende eingreifende Behandlung hat. Diesmal wurde doch, wie auch schon öfters in anderen Fällen, auf's Neue bewiesen, dass die von dieser Krankheit drohende Gefahr nicht so gross ist, als man im Anfang vielfach gedacht hatte, und dass eine totale Genesung durchaus nicht ausgeschlossen zu werden braucht. Ohne operative Therapie allerdings geht wohl die Krankeit stets weiter und kann eine Heilung nicht erwartet werden.

[1]) In diesem Falle bestand unterm Kinn ein Hohlraum ohne Oeffnung, der mit einer Gallertmasse gefüllt war. Dieser wurde ausgiebig ausgekratzt und mit Sublimat und Jodoform behandelt. Die mikroscopische Untersuchung lehrte, dass die herausbeförderten Granulationen reich an Actinomyces-Körnchen waren. Es folgte glatte Heilung. Die vorhandenen cariösen Zähne wurden extrahirt.

Plastische Operationen in der Mundhöhle und an der Nase.

Von Dr. *Josef Rotter* in München.

(Fortsetzung.)

II. Deckung eines Defectes im harten Gaumen mittelst eines Stirnlappens.

Wenn wir von den typischen und jetzt so häufig und allgemein ausgeübten Uranoplastiken nach der v. Langenbeck'schen Methode, bei welchen die angebornen Spalten des harten Gaumens durch Schleimhautperiostlappen zum Verschluss gebracht werden, absehen, so bleiben in der Literatur nur noch zwei Fälle übrig, in welchen Gaumendefecte auf andere Weise geschlossen wurden.

Blasius versuchte bei einem Patienten, bei dem Nase und harter Gaumen gleichzeitig zerstört gewesen zu sein scheinen, einen gestielten Stirnlappen, den er durch die Nasenhöhle hindurch leitete, in den Gaumendefect einzuheilen, indess mit unglücklichem Ausgang, denn der Lappen wurde brandig.

v. Langenbeck gesteht dieser Methode der Uranoplastik nur einen historischen Werth zu, indem er schreibt, der sehr langgestielte Hautlappen aus der Stirn würde zwischen Nasen- und Mundhöhle in dem Defect ausgespannt durch die Einwirkung der doppelten Luftströmung gewiss eher vertrocknen und gangränesciren, bevor die Vereinigung der noch dazu sehr heterogen organisirten Wundränder zu Stande kommen könnte.

Diese Blasius'sche Methode hat v. Nussbaum öfters an Cadavern geübt, indem er den Stirnlappen durch einen in der Seitenwand der Nase gebildeten Schlitz in den Gaumendefect hineinzog, — aber am Lebenden anzuwenden keine Gelegenheit gefunden.

Den zweiten Fall hat Thiersch im Jahre 1868 und zwar mit Erfolg operirt. Er verschloss ein durch eine Schussverletzung entstandenes Loch des harten Gaumens durch einen aus der ganzen Dicke der Wange gebildeten Lappen, dessen Spitze bis zum Unterkiefer reichte, dessen Basis in der Oberkiefergegend lag. Nach Abmeisselung des Proc. alveolaris maxill. sup. schlug er den Lappen in die Mundhöhle und nähte ihn in den Gaumendefect ein, wo er glatt einheilte. Den glücklichen Erfolg führt Thiersch vorwiegend auf den Umstand zurück, dass der aus der ganzen Dicke der Wange gebildete Lappen auf beiden Seiten einen Epithelüberzug hatte, aussen Epidermis, innen Schleimhaut, und so der Gefahr der Austrocknung nicht ausgesetzt war.

Diesen beiden Fällen füge ich jetzt einen dritten hinzu, welchen ich vor etwa 2 Jahren operirte. Ich wählte die Blasius'sche Methode und erzielte durch gewisse Modificationen derselben, welche zum Theil durch die moderne Chirurgie erst möglich gemacht sind, zum Theil sich aus den besonderen Verhältnissen des Falles ergaben, ein glückliches Resultat.

Die 6 Jahre alte Patientin war mit einem angeborenen rechtsseitigen totalen Lippengaumenspalt von ungewöhnlicher Breite behaftet. Der Gaumenspalt wurde nach der v. Langenbeck'schen Methode operirt, die vereinigten Schleimhautperiostlappen heilten in ganzer Ausdehnung primär aneinander, aber nun blieb auf der linken Seite zwischen dem Rand des Lappens und der Zahnreihe ein über 1 cm breiter Defect (Fig. 2), durch welchen Mund und Nasenhöhle breit miteinander communicirten, und zwar deshalb, weil der Processus palatin. des linken Oberkiefers nicht wie gewöhnlich eine mehr horizontale, sondern wie ausnahmsweise bei sehr breiten Gaumenspalten eine fast senkrechte Lage inne hatte, so dass sich der nach der Mittellinie hin verzogene linke Schleimhautperiostlappen nicht an denselben anlegen konnte.

Der mittellosen Kranken wäre mit dem Rathe, sich zeitlebens mit einem Obturator zu behelfen, wenig gedient gewesen, und so entschloss ich mich zu einer Operation mit dem Plane, einen langgestielten Stirnlappen durch die noch offene Lippenspalte in den Gaumendefect hineinzuschlagen.

Ich bildete zunächst aus der Stirn einen Hautperiostlappen von abgebildeter Form (Fig. 2), — der Defect in der Stirn wurde durch einfache Verschiebung der Haut gleich geschlossen — bepflanzte seine Wundseite, also das mitabgelöste Periost nach der Thiersch'schen Methode mit Oberhaut, und bandagirte ihn dann wieder an die Stirn.

Nach 8 Tagen waren die transplantirten Hautstreifen angeheilt. Jetzt besass ich einen Hautlappen, welcher auf beiden Seiten mit Epidermis bekleidet war, und mir so vor der Gefahr der Austrocknung in seiner künftigen Lage gesichert zu sein schien. Um seinen Stiel genügend beweglich zu machen, war es nothwendig, den rechten Schnitt auf der Seite der Nase bis in die Hasenscharte hinein zu verlängern und die rechte Nasenhälfte von der Apertura pyriformis abzulösen. Dann gelang es mit Leichtigkeit, unter Aufkrempung der Nase (Fig. 3) den langen Lappen durch die Lippenspalte in den Gaumendefect so hineinzuschlagen, dass die transplantirte Seite nach der Nasenhöhle, die Hautseite nach der Mundhöhle gekehrt war, und die Spitze desselben (Fig. 2 a) in den hinteren Winkel (Fig. 3 a,) des Defectes zu liegen kam.

Fig. 2.

Fig. 3. Fig. 4.

Wenige Nähte genügten zu seiner Fixation. Nun wartete ich wieder 8 Tage, bis der Stirnlappen in seiner neuen Lage angeheilt war und schnitt dann in der Höhe der Schneidezähne den Stiel des Lappens durch (Fig. 4) und klappte den ausserhalb der Mundhöhle liegenden Theil desselben sammt Nase in die natürliche Lage zurück, wodurch sich der durch die Lappenbildung entstandene Defect im Gesicht vollkommen decken liess. Zum Schluss operirte ich die Hasenscharte nach der Simon-Maas'schen Methode.

Die Entstellung im Gesicht durch Narben war eine sehr geringe (Fig. 4), eine lineare Narbe zog in der Mittellinie von der Haargrenze über die Stirn, auf der Seite der Nase herab bis in die Lippe, auf dem Nasenrücken einen kleinen Ausläufer abgebend.

Der Lappen im Gaumen heilte sehr schön ein und hat sich trotz der dauernden Benetzung mit Speichel und der Insulte beim Kauen, wie ich beim letzten Chirurgencongress (2 Jahre nach der Operation) es zeigen konnte, unverändert erhalten. Die Haarentwicklung auf demselben ist, weil aus der Stirn stammend, eine minimale, — Tast- und Schmerzempfindung so gut wie normal.

III. Rhinoplastiken mit Haut-Periost-Knochen-Lappen.

Die Rhinoplastiken hatten, wenn sie wegen Knochendefecten der Nase ausgeführt wurden, vor Allem desshalb ein sehr zweifelhaftes Schicksal, weil Weichtheillappen verwendet wurden. Während die neugebildete Nase im Anfang übermässig voluminös erschien, — das schwellende Jugendalter (nach Thiersch) — retrahirte sie sich im weiteren Verlauf allmählich so weit, dass ihre Form die gehofften Erwartungen des Patienten zu erfüllen schien, — Mannesalter — aber die narbige Schrumpfung führte sie unaufhaltsam in das Stadium des Greisenalters, in welche sie einen unscheinbaren Hautwulst darstellte.

Um die Narbenschrumpfung möglichst auszuschalten, hat Thiersch[4]) die Unterfütterung der Lappen eingeführt, ein Verfahren, das bessere Resultate geliefert hat, — aber viel Material aus der Haut des Gesichtes benöthigte.

Das Ideal des Erstrebenswerthen blieb immer die Herstellung eines knöchernen Nasengerüstes. v. Langenbeck hat aus diesem Gesichtspunkte Knochenleisten aus der Umrandung der Apertura pyriformis wie Dachsparren an einander aufgestellt und darüber die Hautbekleidung aus der Stirn ausgespannt. Leider sanken diese Pfeiler, denen an der Vereinigungsstelle ein dritter Stützpunkt fehlt, aus architectonischen Gründen leicht um.

Die Hoffnung, dass das mit den Stirnlappen gleichzeitig entnommene Periost Knochen producire und eine feste Stütze abgeben würde, hat sich als trügerisch erwiesen. Diese empfindliche Lücke in der Rhinoplastik hat neuerdings König[5]) durch die Einführung eines neuen überaus schätzbaren Baumateriales, von Haut-Periost-Knochenlappen (= HPKL.) ausgefüllt, welche er bei Aufrichtung sogenannter Sattelnasen zur Bildung eines knöchernen Nasenrückens verwandte.

Um mich möglichst kurz fassen zu können, will ich das Verfahren König's, welches ich in etwas modificirter Form bei einer Patientin mit recht gutem Erfolg angewandt habe, an der Hand der Krankengeschichte derselben recapituliren.

Dem Fräulein W. aus T. a/Graudenz, 17 Jahre alt, sank vor 9 Jahren im Anschluss an ein »Geschwür« der Nasenrücken ein, also wohl in Folge angeborener Syphilis. Es resultirte eine Sattelnase von nebenstehender Form (Photographie s. Fig. 7).

Um diese Deformität wieder zu beseitigen, musste einmal die durch Einsinken des Nasenrückens nach oben gestülpte Nasenspitze wieder nach unten gezogen und zweitens ein neuer gerader Nasenrücken gebildet werden.

Zur Herstellung des Letzteren entnahm ich einen HPKL. aus der Mitte der Stirn (Fig. 5 abcd). Ich umschnitt mit dem Messer gleich bis auf den Knochen dringend, einen rechteckigen Hautlappen von etwa $1^1/_2$ cm Breite und 5 cm Länge. In diesen Hautschnitt wurde durch einen auf die Kante aufgestellten Bildhauermeissel eine etwa 2 mm tiefe Furche in den Knochen gezogen, welche den zu entnehmenden Knochenlappen umschrieb und dieser dann mit einem flach aufgesetzten Meissel, dessen Breite der des Knochenlappens entsprach, von oben nach unten von der Diploë des Stirnbeines abgemeisselt. Der abgelöste Stirnlappen bestand also jetzt aus Haut, Periost und einer 2 mm dicken Knochenplatte, welche untereinander in Verbindung geblieben waren. Hierauf wurde das nach oben gestülpte Stumpfnäschen im Knickungswinkel, in der Höhe der Apertura pyriformis, mit einem ovalären Schnitte abgelöst

[4]) Thiersch, Ueber eine Modification der Rhinoplastik. Verhandlungen d. deutsch. Ges. f. Chir. VIII. S. 67.

[5]) König, Verhandl. d. deutsch. Ges. f. Chir 1886.

(Fig. 5. e f) und nach unten in seine natürliche Lage gezogen, wodurch zwischen diesem und dem eingesunkenen knöchernen Nasenrücken ein dreieckiger Defect entstand (Fig. 6 a b c). Letzteren überbrückte ich nun mit dem HPKL., welcher von der Stirn so heruntergeklappt wurde, dass die Umschlagsfalte des Stieles auf dem obersten Theil des Nasenrückens sich bildete (Fig. 6 d), die Hautseite des Lappens nach der Nasenhöhle, die Knochenseite nach vorn sah (Enface Ansicht des heruntergeklappten HPKL. (Fig 5 b c a, d, , der punctirte Theil stellt die Knochenplatte dar), sein freies Ende unter den Rücken des Stumpfnäschens (Fig. 6 a) geschoben und nach Anfrischung daselbst durch die Naht befestigt wurde.

Fig. 5. Fig. 6.

So hielt jetzt der starre HPKL. das Stumpfnäschen in seiner Dislocation nach unten und hinwiederum das letztere den Knochenlappen in seiner dem neuen Nasenrücken entsprechenden erhöhten Lage. Das feste Gerüst der Nase war damit fertig. Jetzt mussten noch die Defecte auf den beiden Seiten der Nase (Fig 6 a b c d) geschlossen werden.

Diese Seitenwand sollte sowohl auf ihrer Innenfläche nach der Nasenhöhle zu, als auf der Aussenfläche einen Epidermisüberzug besitzen. Zur Bildung der Innenfläche benützte ich die ja mit der Epidermisseite nach innen gewandte Haut des HPKL., welche breiter war als die Knochenplatte, indem ich 4 Wochen nach der ersten Operation die Seitenränder nach unten umschlug.

Zur Bildung der Aussenfläche verwandte ich die Haut des ursprünglichen Nasenrückens, welche nach Spaltung in der Mittellinie abgelöst und so verschieblich gemacht wurde, dass sie sowohl mit der Wundseite der Haut des HPKL. als mit dem Wundrande des Stumpfnäschens vernäht werden konnte. Es war jetzt nur noch die Knochenplatte, welche den neuen Nasenrücken bildet, ohne Epidermis, sie wurde mit Thiersch'schen Transplantationen bedeckt.

Fig. 7. (Vor der Operation.) Fig. 8. (Nach der Operation.)

Bei der Bildung der Seitenwandung der Nase bin ich also von König abgewichen, der einen Haut-Stirnlappen dazu benutzte, — und habe im Wesentlichen die Israel'sche Modification der König'schen Methode nachgeahmt, nur mit dem kleinen Unterschiede, dass ich, statt die Vernarbung abzuwarten, mir die Thiersch'schen Transplantationen zu Nutzen gemacht habe.

Die Heilung verlief ohne nennenswerthe Zwischenfälle und das Resultat war, wie die Photographie (Fig 8) zeigt, ein sehr befriedigendes.

(Schluss folgt.)

Referate u. Bücher-Anzeigen.

Ueber die Verbreitung des Scharlachs durch Milch mit besonderer Berücksichtigung des Berichtes von Thos. Whiteside Hime über eine Scharlachepidemie in Bradford. London, 1888.

Von Dr. Th. Escherich.

Das Vorkommen sogenannter Milchepidemien, d. h. der Verbreitung ansteckender Krankheiten insbesondere des Scharlach durch die Milch ist seit längerer Zeit eine ständig wiederkehrende Eigenthümlichkeit der englischen Epidemieberichte, während dieselben auf dem Continente trotz mehrfacher Versuche, diese Anschauungen auch bei uns einzubürgern (Vergl. Baginsky: Zur Verbreitung von Infectionskrankheiten durch den Genuss roher Milch. Deutsche medicinische Wochenschrift 1886, Nr. 28 u. 29), auf dem Continente so gut wie unbekannt geblieben. Es dürfte daher am Platze sein mit einigen Worten diese gerade in jüngster Zeit anlässlich der neuen Untersuchungen über die Aetiologie des Scharlachfiebers lebhafter erörterten Verhältnisse etwas näher zu besprechen und kritisch zu beleuchten.

Die ersten Angaben über die Verbreitung des Scharlachs durch Milch stammen nach Ullersperger[1]) aus der Anfang der Sechziger Jahre in London herrschenden Epidemie. In den damaligen Berichten handelte es sich jedoch lediglich um die Verbreitung durch Personen, welche selbst an Scharlach erkrankt entweder den Verkauf der Milch besorgten oder mit dem Melken, den Milchgeräthschaften etc. direct zu thun hatten. Die Möglichkeit einer solchen Uebertragung ist natürlich zuzugeben und dieselbe dürfte, wenn einmal die Aufmerksamkeit darauf gerichtet, wohl auch an anderen Orten sich nachweisen lassen. Bei der eminenten Ansteckungsfähigkeit des Scharlach genügt ein so kurzes Zusammensein wie es zur Uebergabe der Milch erforderlich, oder die an den Gefässen haftenden Keime vollständig, um das Gift auf empfängliche Personen zu übertragen. Ob aber, wie meistentheils angenommen wird, gerade der Genuss dieser Milch gefährlich ist, mit anderen Worten ob wir annehmen müssen, dass die in die Milch gelangten Scharlachkeime sich dort erhalten und vermehren, ob dieselben überhaupt im Stande sind von den Verdauungswegen aus eine Scharlachinfection zu erzeugen, ist vorläufig noch eine ganz unerwiesene und wenig wahrscheinliche Annahme, nachdem in der Milch eine so überaschend grosse Zahl von Milchbacterien vorhanden und die dadurch erzeugte Gährung und saure Reaction der Entwicklung pathogener Arten sehr hinderlich sein dürfte. Auch haben Riedel und Wolffhügel[2]) für Cholera- und Typhusbacterien nachgewiesen, dass sie sich wohl in steriler Milch vermehren können, dagegen in nicht steriler bald zu Grunde gehen.

In neuerer Zeit hat man nun noch eine Art von Milchepidemien entdeckt, bei denen die Milch unmittelbar die Trägerin des Contagiums sein sollte, indem die Kühe selbst an einer mit dem menschlichen Scharlach identischen Krankheit leiden sollten, deren Keime schon beim Melken in die Milch gelangten. Das Nähere über diese von Professor Klein ausgeführten Untersucherungen findet sich in dieser Zeitschrift 1887 Nr. 32.

[1]) Ein Rückblick auf die letzte grosse Scharlach-Epidemie in Grossbritannien und besonders auf die Londoner. Aerztl. Intelligenz-Blatt 1871. Nr. 14.

[2]) Arbeiten aus dem kaiserlichen Gesundheitsamt. Bd. I. 1886.

Kein Ereigniss hat seit der Entdeckung der Tuberculose durch Koch die ärztliche Welt und die öffentliche Meinung Englands so sehr in Aufregung versetzt. Scharlach im Vereine mit Diphtherie sind die einzigen epidemischen Erkrankungen, die in Zunahme begriffen sind und die Menschenleben hinwegrafft, welche Dank den hygienischen Maassregeln vor Cholera, Typhus, Pocken und anderen Geisseln der Menschheit gerettet werden.

Zugleich ergab sich aber eine neue Seite der Frage von grosser finanzieller Bedeutung. Nachdem so die Milch als der wesentlichste, oft als der alleinige Verbreitungsweg des Scharlachs hingestellt war, warf sich von selbst die Frage auf, ob der Verkauf der Milch eines Händlers, in dessen Kundschaft Scharlachfälle vorgekommen waren, Seitens der Behörden noch gestattet, das Publikum nicht wenigstens auf die naheliegende Gefahr aufmerksam gemacht werden sollte. Damit aber ist der Ruin des Milchgeschäftes und nicht selten auch des Milchhändlers, dessen einziger Erwerbszweig oft der Verkauf der Milch ist, ausgesprochen, und tausende von Gallonen des werthvollsten und besten Nährmaterials der Bevölkerung entzogen. In der That ist diese harte Maassregel, welche der öffentlichen Stimmung entgegenkam, seitdem oft genug durchgeführt worden zum grössten Schaden der betroffenen Landwirthe und unter dem Beifall der Aerzte, welche den Nachlass der Epidemie mit der Sistirung des Milchverkaufes in Zusammenhang brachten. Unter diesen Verhältnissen war es ein verdienstliches und humanes Werk Seitens des Verfassers der oben erwähnten Schrift, der allgemeinen Strömung entgegenzutreten und an dem Beispiel der Epidemie in einer kleinen, leicht übersehbaren Stadt zu zeigen, wie wenig stichhaltig die Beweismomente sind, welche zur Zeit zu Gunsten der Verbreitung des Scharlachs durch die Milch angeführt werden. Wenn seine Beweise der Natur der Sache nach auch nur negativer Natur sind, so gewinnen sie doch eben dadurch den Eindruck des Ueberzeugenden, dass sie zeigen, dass, auch wenn alle von den Anhängern der Infectionstheorie geforderten Momente vorhanden, dennoch die vermeintliche Folge, das Auftreten von Scharlach bei den Consumenten, nicht eingetroffen ist. Gerade die Constanz und Nothwendigkeit der Folgeerscheinung ist aber das einzige Kennzeichen, welches den Schluss auf einen causalen Zusammenhang verbürgt. Im anderen Falle handelt es sich um den wohlbekannten Trugschluss: Post hoc ergo propter hoc.

Bevor wir jedoch auf die epidemiologischen Untersuchungen des Verfassers eingehen, dürfte es sich empfehlen die weitere Entwicklung der bacteriologischen Forschungen, welche die wesentliche Grundlage und Stütze dieser These bilden, zu verfolgen. Abgesehen von Edington, welcher seine eigenen Befunde gegenüber den Angaben Klein's vertheidigte, traten die Professoren Axe und Crookshank[3]) von der Veterinärschule der Annahme entgegen, als ob den Thierärzten eine so verbreitete und wohlcharakterisirte Erkrankung, wie es die von Cameron und Klein beschriebene Affection ist, und der Zusammenhang derselben mit dem menschlichen Scharlach unbekannt geblieben wäre. Der Zufall fügte es, dass sie eine mit der auf der Hendon Farm beobachteten genau übereinstimmende Epidemie zur Beobachtung bekamen und die angeblichen Eutergeschwüre als ächte Jenner'sche Kuhpocken erkannten. Mit dem Inhalt derselben wurden Impfungen mit positivem Erfolge ausgeführt. Den darin auch von ihnen gefundenen Streptococcus deuten sie mit Recht als eine secundäre Einwanderung, die mit dem ursprünglichen Process nichts zu thun hat. In gleicher Weise ist jedenfalls auch der Streptococcusbefund im Blut scharlachkranker Menschen als secundäre Einwanderung derselben von den Tonsillen aus zu erklären[4]). Ebensowenig ist es möglich durch Verimpfung desselben eine scharlachähnliche Erkrankung bei Kühen oder Kälbern hervorzurufen. Die damit erzielte Erkrankung ist Sepsis. Crookshank, wie die zur Prüfung der Edington'schen Befunde eingesetzte Commission[5]) fanden diese Thiere für menschlichen Scharlach durchaus unempfänglich. Auch hat kein Beobachter bis jetzt eine Bestätigung der Klein'schen Befunde gebracht, womit wohl die Unhaltbarkeit derselben vorläufig besiegelt sein dürfte.

Auf die willkürliche Deutung der epidemiologischen Thatsachen habe ich schon bei Besprechung der von Power beschriebenen Milchpneumonie hingewiesen. Abgesehen davon, dass die enorme Ansteckungsfähigkeit von Person zu Person zu wenig berücksichtigt ist, finden sich in diesen und ähnlichen Berichten nur Angaben über die unter der Kundschaft eines Milchhändlers ausgebrochenen Scharlachfälle, während Nichts darüber bekannt ist, ob nicht unter der Bevölkerung, welche ihre Milch nicht von dort bezogen, der Scharlach nicht ebenso sehr oder in noch höherem Grade gewüthet hat. Jede beliebige Untersuchung, so argumentirt Hime, wird ergeben, dass die Einwohner eines gewissen Bezirkes ihren Bedarf an Nahrung, an Kleidung, an Schuhwerk etc. zum grossen Theil in den gleichen Geschäften besorgen. Es wäre leicht nachzuweisen, dass von einer gewissen Anzahl von Personen, die an Scharlach oder irgend einer anderen Affection erkrankt sind, alle oder die meisten bei demselben Bäcker oder Fleischer, oder Droguisten ihre Einkäufe besorgen. Ebenso wäre es nicht schwierig, Bäcker, Fleischer oder Droguisten ausfindig zumachen, in deren Kundschaft keine derartigen Erkrankungen vorgekommen sind. Darf man nun etwa daraus schliessen, dass diese Leute sich in diesen Geschäften die Krankheit zugezogen haben? Genau die gleiche Beweisführung wird aber gegenüber den Milchhändlern in Anwendung gebracht. Unter den Abnehmern einer Molkerei erkranken mehrere an Scharlach, die einer anderen bleiben gesund: folglich war der Genuss der Milch aus der ersteren die Ursache der Scharlacherkrankung.

Hime war in der Lage diese empfindlichen Lücken der früheren Beobachter zu vermeiden. In Bradford, seinem Wohnsitz, war die prompte Anzeige aller Infectionskrankheiten seit Jahren von den dortigen Aerzten geübt. Durch Vermittlung der Behörden erhielt er weiter das vollständige Verzeichniss der Abnehmer sämmtlicher Milchlieferanten und konnte somit das gehäufte Auftreten von Erkrankungen in der Kundschaft des einen oder anderen sofort erkennen. Die Epidemie war eine schwere; es erkrankten im Laufe des Jahres 1887 nicht weniger als 1308 Personen.

Das Resultat der Untersuchung ist am besten aus nachfolgender Tabelle ersichtlich, welche sämmtliche Milchgeschäfte, in deren Personal oder Familie Scharlacherkrankungen angemeldet worden, umfasst.

Milchhandlg.	Zahl d. öffentl. Anstalten, welche ihre Milch von dort bezogen	Zahl der Familien, in welche die Milch geliefert wurde	Zahl der Personen (approximat.) die von der Milch tranken	Erkrankungen im Hause der Milchhändler	Erkrankungen unter den Abnehmern der Milch
I.	—	18	90	4 Scharlach	—
II.	2	88	440	— »	9 Scharlach (in 6 Familien)
III.	—	217	1085	1 »	—
IV.	—	131	655	1 »	3 Scharlach[1]) 1 Typhus
V.	9	243	1215	1 »	1
VI.	—	100	500	2 »	—
	11	797	3985	9 Scharlach	14 (13 Scharlach 1 Typhus).

[1]) 3 Monate nach Ausbruch der gleichen Erkrankung im Hause des Milchhändlers.

Die Verhältnisse der Milchhandlung VI seien des Näheren angeführt. Am 24. October wurden 2 Scharlachfälle in der Familie des Händlers angezeigt. Das eine der beiden Kinder war schon vor längerer Zeit unter ganz leichten Erscheinungen erkrankt und dann wieder genesen, so dass erst die ausgesprochene Erkrankung des zweiten den Arzt auf die richtige Diagnose führte. Die Erkrankung des zweiten Kindes war eine

[3]) The discovery of Cow-pox. The British medical Journal, 31. Dec. 1887 und Further investigation into the socalled Henelon Con Disease and its relations to Searlet fever in man. Ebenda. Jan. 1988.

[4]) Vergl. ein Sammelreferat des Verfassers. Centralblatt f. Bakteriologie. Bd. I. Nr. 13.

[5]) The Lancet 1887. Vol II. p. 728.

so schwere, dass dessen Verbringung in's Spital und die Desinfection des Hauses unthunlich erschien. Hime beschränkte sich daher darauf, dem Vater und allen in dem Wohnhause befindlichen Personen die Beschäftigung mit den Thieren und dem Milchhandel auf's Strengste zu untersagen und diese Geschäfte durch ausser dem Hause wohnende Personen besorgen zu lassen. Unter dieser Bedingung wurde der weitere Verkauf der Milch gestattet. Unter den 100 Familien, die von dort mit Milch versorgt wurden, war keine einzige Erkrankung an Scharlach zu verzeichnen.

Aehnlich lautet der Bericht bei den anderen Milchhandlungen. Ja, wunderbarer Weise war unter den Abnehmern der Milch aus inficirten Milchhandlungen die Zahl der Scharlacherkrankungen verhältnissmässig kleiner als unter dem Rest der Bevölkerung. Während im Ganzen auf 171 Personen 1 Scharlachfall traf und somit auf obige 4000 Personen 23 Erkrankungen hätten treffen sollen, erkrankten nur 13, so dass man mit grösserem Rechte sogar behaupten könnte, dass die aus Scharlachhäusern stammende Milch eine gewisse Immunität gegen Scharlach verleiht.

Jedenfalls wird Niemand aus den angeführten Zahlen den Schluss ziehen können, dass in dieser Epidemie die Milch in dem Sinne Klein's die Quelle und ausschliessliche Trägerin des Scharlachgiftes gewesen. Die Familien und das Personal der Milchproducenten war nicht in höherem Grade von Scharlach ergriffen, als die übrige Bevölkerung; da wo Scharlacherkrankungen im Hause von Milchhändlern vorkamen, waren die Thiere völlig gesund und konnte weder der Umgang mit den Thieren noch der Genuss der rohen Milch mit einiger Wahrscheinlichkeit als Quelle der Infection angesehen werden. Allein auch da, wo durch den Ausbruch von Scharlach in der Familie des Milchhändlers die Gelegenheit zur Infection der Milch mit menschlichem Scharlachgifte gegeben war, — und dies war in dem angeführten Fall VI durch ziemlich lange Zeit der Fall gewesen —, blieb die erwartete Verschleppung aus, obgleich sicherlich die Absperrung der Erkrankten von den Räumen, wo die Milch aufbewahrt wurde, nicht mit voller Strenge durchgeführt wurde. Es folgt daraus, dass wenn auch die Möglichkeit und die Gefahr einer Verbreitung des Scharlachs auf diesem Wege existirt, sie doch viel kleiner ist, als man gemeiniglich annimmt. Ueberdies kann dieselbe durch einfache, leicht durchzuführende Massnahmen vermieden oder doch sehr verringert werden.

Roux et Yersin: Contribution à l'étude de la diphthérie. Annales de l'institut Pasteur 1889 Nr. 6, S. 273.

Die beiden französischen Forscher publiciren in dieser Arbeit neuerdings eine Reihe von Untersuchungsresultaten über das Diphtheriegift (Product des Klebs-Löffler'schen Diphtheriebacillus), die, wenn sie sich bestätigen, einen weiteren wichtigen Fortschritt in der Kenntniss dieses bisher so dunkeln Infectionsprocesses bedingen. Hier sei, als vom allgemeinsten Interesse, nur das Folgende hervorgehoben.

Das Diphtheriegift erhält man durch Filtration einer Cultur des Klebs-Löffler'schen Diphtheriebacillus in schwach alkalischer Kalbsbouillon. Je älter die Culturen sind, um so giftiger wirkt das Filtrat. Die Wirkung äussert sich bei subcutaner Injection in localem Oedem, dann werden die Thiere traurig, zeigen Lähmungserscheinungen; bei der Section findet sich hauptsächlich Gefässerweiterung, Oedeme, Haemorrhagien. Namentlich die Lähmungen werden als charakteristisch hervorgehoben. Bei kleinen Giftmengen oder mit durch Erhitzen abgeschwächtem Gift erhält man protrahirte Erkrankung. Die nämliche protrahirte Erkrankung lässt sich auch durch Injection des filtrirten Harns von Diphtheriekranken oder von Extract aus Organen von Diphtherieleichen erzeugen.

Das Gift wirkt am stärksten in alkalischer Lösung, durch Säurezusatz wird seine Wirkung wesentlich herabgemindert. Durch Zusatz von Chlorcalcium zur Giftlösung gelang es, die giftige Substanz mit dem entstehenden Niederschlag von phosphorsaurem Kalk mechanisch zur Ausfällung zu bringen. Man kann diesen Niederschlag trocknen, und er wirkt immer noch giftig. Im trockenen Zustand lässt sich so das Gift aufbewahren, sogar ohne Veränderung auf 100° erhitzen. 2 Centigramm von diesem Niederschlag genügen zur Tödtung eines Meerschweinchens.

Trotz seiner höchst energischen Wirksamkeit kann aber das Diphtheriegift ungestraft in den Verdauungscanal von Kaninchen und Tauben, die für subcutane Injection sehr empfänglich sind, eingeführt werden. Die grosse Energie der toxischen Wirkung des Diphtheriegiftes bringt es mit sich, dass man Thiere schwierig an dasselbe gewöhnen kann, da selbst kleine Dosen langandauernde Wirkungen erzeugen können. Eben wegen dieser grossen Heftigkeit des Giftes müsste bei der Behandlung von Diphtheriekranken sogleich im ersten Beginn der Bildung von Pseudomembranen eingeschritten werden. Wenn man dem Bacillus Zeit lässt, eine grössere Quantität von Gift zu produciren, dann ist die Entfernung der Membranen und alles übrige nutzlos, da der Organismus bereits vergiftet ist. Denn bei Diphtherie entsteht, im Gegensatz zu anderen Infectionskrankheiten, die Infection nicht durch eine Verbreitung des Infectionserregers in den Geweben und Organen, sondern durch die Diffusion einer toxischen Substanz, die an der Oberfläche einer Schleimhaut, gewissermaassen ausserhalb des Körpers, gebildet wird. B.

Suter J. J. Zürich: Die Fleischvergiftungen in Andelfingen und Kloten. »Hygienische Tagesfragen«, Nr. VI. München 1889. Rieger'sche Universitäts-Buchhandlg. 140 S.

Jene merkwürdige, bei einem Sängerfeste in Andelfingen 1839 vorgefallene Massenvergiftung durch verdorbenes Kalbfleisch, die bei etwa 5—600 Personen, welche davon genossen, eine typhusähnliche Erkrankung erzeugte, erfuhr im Laufe der Zeit die verschiedenartigste Deutung. Während Griesinger dieselbe, entsprechend den anatomischen Befunden als echten Darmtyphus anerkannte, glaubte Liebermeister an eine Trichinenerkrankung, gab später zwar diese Idee auf, ohne jedoch die Identität mit Typhus anzunehmen. Bollinger endlich bezeichnete die Erkrankung als eine »vorwiegend mycotische intestinale Sepsis«.

Verf. sucht nun unter ausführlicher Wiedergabe des actenmässigen Materials darzuthun, dass beide Epidemien, jene von Andelfingen, und jene, beinahe 40 Jahre später (1878) ebenfalls im Kanton Zürich, in Kloten, vorgekommene Massenerkrankung in jeder Hinsicht, sowohl was den Hergang des ganzen Vorfalls, die Art und Incubationsdauer der Erkrankungen, als was die klinischen und anatomischen Befunde betrifft, vollkommen übereinstimmend und beide mit wahrem Abdominaltyphus identisch seien.

Zu bemerken ist, dass auch bei der Klotener Epidemie eine bacteriologische Diagnose selbstverständlich nicht gestellt werden konnte, da der Typhusbacillus damals noch nicht entdeckt war. Ferner war dem Verf. zur Zeit der Abfassung seiner Arbeit offenbar die neueste analoge Fleischvergiftung (1888) von Frankenhausen am Kyffhäuser noch unbekannt, bei der ebenfalls typhusähnliche Symptome und anatomische Befunde beobachtet wurden, während der betreffende, von Gärtner (Jena) in dem giftigen Fleische nachgewiesene Infectionserreger mit dem Typhusbacillus sich nicht als identisch erwies. Dieses letztere Resultat vermindert sehr die, wie erwähnt, auch von Bollinger bestrittene Wahrscheinlichkeit, dass es sich in Andelfingen und Klosen um echten Typhus gehandelt haben könne.

Abgesehen hievon verdient die gründliche und erschöpfende Darstellung des Verfassers alle Anerkennung. Buchner.

Egon Braun von Fernwald und Karl A. Heyfeld: Der Kaiserschnitt und seine Stellung zur künstlichen Frühgeburt, Wendung, atypischen Zangenoperation, Craniotomie und zu den spontanen Geburten. Wien, A. Hölder. 1888.

In der vorliegenden Arbeit wird aus der Carl v. Braun'schen Klinik zu Wien über die Geburten bei engem Becken in den letzten 7 Jahren berichtet. In dieser Zeit kamen unter 20,607 Entbindungen 444 Fälle von engem Becken vor, von denen 64 Proc. operativ beendigt wurden, gegenüber 36 Proc.

mit spontanem Geburtsverlauf. Die Mortalität der Mütter war dabei nach Abzug der septisch in die Klinik Aufgenommenen, bei spontaner Geburt, nach Einleitung der künstlichen Frühgeburt (tiefer Eihautstich), nach Wendungen und nach Decapitationen 0 Proc., nach atypischen Zangenoperationen 1,29 Proc., nach Craniotomien 1,95 Proc., nach Sectio caes. (Poco-Müller) 45,5 Proc. Indem bezüglich der näheren Einzelheiten auf das Original verwiesen werden muss, sei nur kurz der Standpunct der Verfasser bezüglich der Ersetzung der Perforation des lebenden Kindes durch den conservativen Kaiserschnitt angeführt. Dieselben kommen zu dem Schluss, dass die Craniotomie des lebenden Kindes eine bei sorgfältiger Indicationsstellung durch das Interesse des mütterlichen Lebens vollkommen gerechtfertigte Operationsmethode ist, welche durch den relativ indicirten Kaiserschnitt (derselbe ist als solcher im Ganzen nur 4mal, Februar bis Ende Juni 1888, ausgeführt worden), — bei einer Conjugata von 8,5 cm und darüber ist derselbe als ein gewagtes Spiel mit dem Leben der Mutter zu Gunsten des Kindes zu betrachten — in den seltensten Fällen nur dann ersetzt werden kann, wenn die Mutter die Vornahme dieser Operation zur Erhaltung ihres Kindes verlangt; die Verfasser empfehlen deshalb, wenn diese Bedingung fehlt, die Craniotomie und für die folgende Schwangerschaft der Patientin die künstliche Frühgeburt, um so ein lebendes Kind zu erhalten.

Diese aus einem so grossen Material gewonnenen Schlüsse sind mit denen Leopold's (siehe diese Wochenschrift 1888, Nr. 30) darin identisch, dass bis jetzt die Perforation für die Mutter weit bessere Resultate liefert, als der conservative Kaiserschnitt, was Leopold in seiner jüngsten Arbeit (Arch. f. Gyn. 1889, Bd. 34, Heft 2) an der Hand seines zu einem Vergleich am besten sich eignenden Materials nochmals betont, gegenüber der von Caruso (Arch. f. Gyn. 1888, Bd. 33, Heft 2) wieder aufgestellten Forderung, die Craniotomie des lebenden Kindes grundsätzlich durch den conservativen Kaiserschnitt unter Beobachtung der bekannten Bedingungen zu ersetzen.

J. Kötschau-Köln.

Kopp: Lehrbuch der venerischen Krankheiten. Wreden's Sammlung kurzer medic. Lehrbücher. 1889.

Die Aufgabe, die sich Kopp gestellt hat, die Lehre von den venerischen Erkrankungen dem neuesten Standpunkt unseres Wissens entsprechend, aber ohne alles überflüssige Beiwerk mit besonderer Berücksichtigung der praktischen Bedürfnisse der Studirenden und ausübenden Aerzte darzulegen und gleichzeitig die differential-diagnostischen und therapeutischen Momente möglichst zu beleuchten, hat Verfasser in glücklichster Weise gelöst. Es ist eine Freude, dieses Buch zu lesen, weil es, obgleich in knapper Form gehalten, doch die ältere und neuere Literatur in gewinnbringender Weise verwerthet. Dabei kommen die eigenen Anschauungen und Erfahrungen des Verfassers fast auf jeder Seite in einer solchen Form zum Ausdruck, dass gerade der Studirende dem Vorgetragenen das grösste Vertrauen entgegenbringen muss.

In einzelnen Capiteln stützt sich Verfasser ganz besonders auf eigene Erfahrungen, so bei der Besprechung der Therapie der acuten Gonorrhoe des Mannes, er stellt z. B. den specifischen Werth der Balsamica absolut in Abrede und gibt auch im Allgemeinen den adstringirenden Mitteln vor den im engeren Sinne antiparasitären den Vorzug. Man kann dem Verfasser diese individuelle Anschauung keineswegs zum Vorwurf machen, wenn auch erst neuerdings wieder (Congress in Prag) von autoritativer Seite in Bezug auf letzteren Punkt nahezu entgegengesetzte Meinung ausgesprochen ist. Etwas kurz scheint mir die Therapie des Trippers beim Weibe gehalten zu sein. Als ein nicht geringes Verdienst möchte ich hervorheben das Bestreben des Verfassers, unklare respective unrichtige Benennungen für bestimmte Krankheitsformen auszumerzen und die richtigeren zur allgemeinen Benützung zu empfehlen, so spitze Warzen oder Papillome statt spitze Condylome, Helkose statt weicher Schanker u. s. w.

Während der Besprechung des Trippers beim Manne und beim Weibe, sowie dessen Complicationen und der Pathologie und Therapie der Helkose etwa das erste Drittel des Buches gewidmet ist, kommen die übrigen zwei Drittel auf die Besprechung der Syphilis. Wir stellen dem Lehrbuch das beste Prognosticon.

Seifert.

Jul. Hochenegg: Jahresbericht der I. chirurgischen Klinik des Hofraths Prof. Albert in Wien. Wien und Leipzig. Urban u. Schwarzenberg. 1889.

Hochenegg folgt in seiner Arbeit im Wesentlichen der Anordnung des Materials der Billroth'schen Berichte und gibt in topographischer Eintheilung, in durch verschiedenen Druck markirter Uebersichtlichkeit ein Bild des Materiales 1887 der Albert'schen Klinik (1035 stat. Kranke, 594 grössere Operationen), indem er den verschiedenen Capiteln gelegentlich die Beschreibung der auf Albert's Klinik üblichen Operationsverfahren vorausschickt. Es ist danach leicht verständlich, dass die Arbeit viel interessantes casuistisches und anderweitiges Material enthält. Ich erwähne von den interessanteren meist durch gute Holzschnitte illustrirten Fällen z. B. nur eine Actinomykose des Gesichts, ein Lymphosarcoma tonsillae, eine Actinomykose am Abdomen, (bei der der auffallend günstige Erfolg der Excochleation der Anwendung von Sublimatkieselguhr zugeschrieben wird), mehrere radical operirte freie Hernien, eine Gastrostomie wegen Fremdkörper, eine erfolgreiche Nephrectomie wegen Carcinom, eine bei Litholapaxie eingetretene und durch sofortige Sectio alta behandelte Blasenruptur; mit Hautlappentransplantation von Thorax resp. Bauchhaut behandelte Fälle schwer narbiger Handcontractur, ein Aneurysma der Art. interossea sin., eine operativ behandelte Patellaluxation, ein Osteochondroma pelvis. etc. etc.

Von den speciellen Operationsverfahren mag hier nur die Gastrostomie hervorgehoben sein, die Albert 4—6 Tage nach vorausgegangener Annähung des Magens mit spitzem Paquelin ausführt, die Operation der Atresia ani vag., wobei von rückwärts eingegangen die Communication zwischen Rectum und Vagina nach Spaltung des Rectum blosgelegt und vernäht wird und erst in einer 2. Sitzung nach Verheilung der Rectovaginalfistel der definitive Anus formirt wird; die Operation der Hämorrhoiden wird mit dünnen schwarzen desinficirten Gummidrainröhrchen durch Abbindung des betreffenden Knoten ausgeführt, wonach ein Stopfrohr in den Anus gelegt wird; die zweizeitige Colotomie, die Kraske'sche Mastdarmresection etc. werden auf Albert's Klinik häufig ausgeführt. Bezüglich der Kolischer'schen Kalkbehandlung der Gelenktuberculose ist leider constatirt, dass dieselbe nur bei einer ganz geringen Anzahl von Fällen wirkliche Resultate zu verzeichnen hat. Oberschenkelfracturen werden auf der Albert'schen Klinik 2 Tage auf das Plan. inclinat. gelagert, dann für 3 Wochen Heftpflasterextension, für die 4. Woche Gypshose applicirt und Ende der 4. Woche oder Anfang der 5. schon Gehversuche begonnen, um nicht zu starke Muskelatrophie durch zu langes Liegen zu bekommen. — Die kurzen Andeutungen mögen genügen, um auf das reichhaltige in der H.'schen Arbeit deponirte Material hinzuweisen und den Wunsch auszusprechen, dass auch die folgenden Jahre gleiche Bearbeitung finden mögen.

Schreiber-Augsburg.

Vereinswesen.

II. Oberbayerischer Aerztetag

zu München, am 20. Juli 1889.

Zu den Verhandlungen des II. Oberbayerischen Aerztetages hatten sich 197 Theilnehmer eingefunden. Der Vorsitzende des ärztlichen Bezirksvereins München, Medicinalrath Dr. Aub, begrüsste in kurzer Ansprache die Versammlung und gab seiner Freude über den zahlreichen Besuch Ausdruck; derselbe beweise, dass in der That der oberbayerische Aerztetag einem Bedürfnisse der Collegen entgegengekommen sei. Es wurde hierauf sofort in die Tagesordnung eingetreten.

Dir. Prof. Grashey[1]): **Psychiatrische Mittheilungen.**

Meine Herren! Fürchten Sie nicht, dass ich mit den psy-

[1]) Aus äusseren Gründen konnte nachstehend die ursprüngliche Reihenfolge der Vorträge nicht eingehalten werden.

chiatrischen Mittheilungen, unter welchem Titel ich meinen Vortrag angekündigt habe, zu sehr in psychiatrische Interna eingehen und Sie auf ein Gebiet führen werde, von dem aus Sie Ihr eigenes Gebiet, nämlich die medicinische Praxis, nicht mehr erblicken. Im Gegentheil, ich will mich hübsch an der Grenze halten und als Beweis dafür, dass ich dies thue, führe ich nur an, dass ich mein Thema aus den öffentlichen Blättern der letzten Woche entnommen habe. Sie wissen, in den letzten Wochen ist ziemlich viel, mehr als gewöhnlich, vom Selbstmord die Rede gewesen, und wenn Sie mir erlauben, werde ich einige Worte sagen über den Selbstmord und seine Beurtheilung vom psychiatrischen Standpunkt aus.

M. H.! Der Mensch ist der sogenannte Herr der Schöpfung und als solcher geniesst er manche Vorrechte vor den übrigen Geschöpfen, und eines dieser Vorrechte besteht darin, dass er die Fähigkeit hat, sich selbst mit Ueberlegung und vollem Bewusstsein zu tödten. Von diesem Vorrechte wird bekanntlich seit langer Zeit vielfach Gebrauch gemacht, manchmal mehr, manchmal weniger und wenn zuweilen so eine Serie von Selbstmorden kommt, sind wir und vielleicht auch das Publikum etwas überrascht und fangen an zu zählen und wenden uns zur Generalzählerin, nämlich zur Statistik und fragen: wie steht es denn mit der Häufigkeit des Selbstmordes? Die Statistik weiss uns bekanntlich zu antworten; sie hat gefunden, dass bei einem Volke umsomehr Selbstmorde vorkommen, je civilisirter es sei. Je höher in der Cultur ein Volk vorgeschritten sei, umso tiefer seien die Schatten des Selbstmordes.

Nun, m. H., bange machen gilt bekanntlich nicht, und ich glaube, ohne dass ich gerade opponire, in dieser Richtung brauchen wir uns nicht bange machen zu lassen. Mit der Statistik ist es nämlich eine eigenthümliche Sache. Zu einer ordentlichen Statistik gehört schon eine ordentliche Cultur, und dass eine ordentliche Statistik genauer zählen und höhere Zahlen aufweisen wird, als vielleicht jene in der Türkei, das, m. H., ist klar. Den Satz also, dass die Cultur eigentlich die Ursache der Selbstmorde sei, möchte ich doch noch nicht unterzeichnen. Wenn wir uns aber an ein Culturland, z. B. an Deutschland, wenden, so finden wir eine andere Thatsache, die sich nicht leugnen lässt; nämlich wir finden, dass da, wo die Bevölkerung am dichtesten ist, wo der Kampf um's Dasein am heftigsten wogt, also beispielsweise im Königreich Sachsen, wo die Bevölkerung bekanntlich sehr dicht ist, und in den grossen Städten, dass da die Selbstmorde viel häufiger sind, als auf dem Lande[2]).

Wir haben darüber positive Zahlen, wir wissen von der Statistik, dass wenn irgend eine Umwälzung oder irgend etwas Aussergewöhnliches über ein Volk hereinbricht, dass dann die Zahl der Selbstmorde steigt. Speciell wissen wir, dass in den wirthschaftlich schlechten Jahren von 1876—1881 die Selbstmordziffer d. h. die Zahl der Selbstmorde auf 100000 Einwohner zugenommen hat. Im Jahre 1881 hat man in Sachsen sogar 42, sage 42 Selbstmorde! auf 100000 Personen gezählt. Inzwischen und seitdem die wirthschaftlichen Verhältnisse wieder besser geworden sind, ist die Zahl derselben wieder zurückgegangen.

Wir haben in den letzten Jahren von Sachsen eine Selbstmordziffer von nur 33 bekommen. Aber, m. H., 33 ist doch immer noch hoch im Vergleich zu früheren Zahlen, und wenn Sie bedenken, dass 1864 Sachsen beispielsweise noch eine Selbsmordziffer von 23 aufwies, so werden Sie mir beistimmen, wenn ich sage, die Zahlen geben zu denken. Und wenn Jemand Veranlassung hat, darüber nachzudenken, so glaube ich, ist es der Arzt. Uns Aerzten steht es zu, über die Genese der Selbstmordzunahme nachzuforschen und von Zeit zu Zeit uns die Frage vorzulegen, welches sind die Ursachen oder die hauptsächlichsten Ursachen der Selbstmorde? Hiebei glaube ich muss man vor Allem fragen, wie steht es mit der Auffassung im Volke; wie denkt im grossen Ganzen das Volk über den Selbstmord? Das ist meines Erachtens klar, dass wenn ein Volk oder eine Religionsgenossenschaft — denken Sie an die Buddhisten — den Selbstmord gewissermaassen auf ihr Banner schreibt und sagt, es sei eine verdienstliche That und man könne sich den Himmel verdienen, wenn man sich niederwerfe vor dem heiligen Wagen und von dessen staubigen Rädern sich zermalmen lasse, — dass bei solchen Ansichten ceteris paribus die Selbstmordziffer in dem betreffenden Lande wachsen wird. Es wird auch nicht gleichgiltig sein, ob man im Volke den Selbstmord als die Handlung eines Feiglings erachtet oder ob man sagt, zum Selbstmord gehöre immer ein gewisser Muth, und man möge darüber urtheilen wie man wolle, Muth könne man doch dem Selbstmörder nicht absprechen.

Nun, m. H., wie steht es damit bei uns? Ich glaube, wir dürfen mit den Anschauungen unseres Volkes über den Selbstmord zufrieden sein. Die religiösen Genossenschaften, unsere christlichen Glaubensbekenntnisse verpönen ja den Selbstmord. Die Selbstmorde aus geringfügiger Ursache werden in vielen Gesellschaftskreisen als verwerflich beurtheilt und eine hohe Procentziffer aller Selbsttödtungen gilt heutzutage als pathologisches Product.

In letzterer Beziehung hat die medicinische Wissenschaft in der That ein grosses Verdienst und ein Blick auf die Statistik lehrt wieder, dass die Rubrik der krankhaften Selbstmorde gegen früher erheblich an Umfang gewonnen hat. Unsere Aufgabe ist es, die pathologische Seite des Selbstmordes zu erforschen und die Kennzeichen der krankhaften Suicidien theils schärfer zu präcisiren, theils zu vermehren.

In diesem Bestreben aber haben wir uns zunächst von einem Irrthum frei zu machen.

Ziemlich verbreitet im Alterthume sowohl wie in der Gegenwart ist die Anschauung, dass der Selbstmörder vollständig Herr seiner Ueberlegung sei. Die Stoiker sagten: patet exitus, die Pforte zur Unterwelt ist geöffnet; wenn uns einmal die Dinge auf der Oberwelt nicht mehr gefallen, nun gut, so treten wir ab. Die Stoiker haben ruhig hin und her überlegt, und wenn sie zum Selbstmord kamen, haben sie es gethan, gestützt auf eine ganze Reihe von Gründen. Diese Anschauung ist mehr oder weniger auch heutzutage noch anzutreffen. Man glaubt zum mindesten, der Selbstmörder sei in einem inneren Kampf begriffen. Hier Tod, hier Leben! und nun frage er sich, wohin ziehen Dich die Gewalten! Er versuche einen Ausweg und strenge den Verstand an und frage da und frage dort, und erst nachdem alle Gründe gegen die Fortdauer des Lebens sprechen, erst dann greift er zum Revolver!

Meine Herren! Diese Anschauung ist meines Erachtens irrig. Es mag ja einzelne Fälle dieser Art heutzutage noch geben — denken Sie beispielsweise an das amerikanische Duell; wenn Jemand das Unglück gehabt hat, das schwarze Loos zu ziehen, mag er die Chancen pro und contra vollständig überlegen und schliesslich mit vollem Selbstbewusstsein und mit einer gewissen Kälte sich tödten — aber diese Fälle gehören zu den Ausnahmen.

Es ist bekannt, dass man die Erkenntniss gewisser verwickelter Verhältnisse, beispielsweise des Faserverlaufs im Gehirn dadurch fördert, dass man Entwicklungshemmungen in Betracht zieht. Wir können aus dem Gehirn manches Idioten manches lernen über die complicirten Verhältnisse des Faserverlaufs. Gleiches gilt nach meiner Erfahrung in mancher Beziehung auch in psychologischen Dingen. Wir können an Menschen, die auf einer niederen Stufe stehen geblieben sind, in psychologischen Dingen manches lernen und ich glaube auch in Bezug auf den Selbstmord. Wenn es wahr wäre, dass der Selbstmörder hin und her überlegt und endlich das Facit einer langen Rechnung dahin zieht, dass er sich tödten müsse, wie wären dann die Selbstmorde der Idioten zu erklären. Es gibt ja Menschen, die, man kann fast sagen, unter dem Thier stehen und die dennoch zum Selbstmord kommen. Ich habe einen solchen Idioten kennen gelernt. Der Mann war 20 und etliche Jahre alt, gross und stark, aber so schwach in geistiger Beziehung, dass er die Sprache nicht erlernte, und kaum einen Laut sprach. Der Mensch lief vom Hause fort, verlief sich und wurde in einem fremden Orte aufgegriffen zum Bürger-

[2]) Für Frankreich trifft dieser Satz, der officiellen Statistik pro 1887 zufolge, nicht zu; dort sollen 52 Proc. der Selbstmorde auf das Land und nur 48 Proc. auf die Städte treffen. (Vergl. Sem. méd. 1889, Nr. 28 und diese W. N. 29, pag. 511.). Red.

meister geführt; der Bürgermeister schloss ihn, bis er wusste, was er mit dem Mann machen solle, einstweilen in ein Local des Gemeindehauses ein; darüber kam der Kranke in ängstliche Erregung und kaum hatten die Leute ihm den Rücken gewendet, so hängte er sich auf. M. H.! In einem solchen Fall kann doch von Ueberlegung gar nicht die Rede sein. Im Gegentheil, wir müssen uns sagen, es liegt im Menschen ein Zug, oder wenn sie wollen, ein Impuls, der ihn zur Erhaltung des Lebens treibt, — daran zweifelt wohl Niemand — aber auch ein Impuls zur Zerstörung seines Lebens und diese Impulse zeigen sich gerne bei idiotischen Kranken. Wenn Sie normale Menschen betrachten, die den Idioten noch in mancher Beziehung nahe stehen, nämlich normale Kinder von 2—3 Jahren, so können Sie sehen, wie ein solches Kind im Affect sich mit den Händen nach dem Gesicht schlägt und sich an den Haaren zerrt. Das thun normale Kinder; sie wissen noch nichts von der Zerstörung des Lebens, aber sie begehen doch schon Handlungen, die darauf abzielen, sich irgend einen Schaden zuzufügen. Sie haben hier die Büste der Margaretha Becker gesehen. Diese tiefstehende Idiotin — ich hatte Gelegenheit sie 1885 in Würzburg einige Tage im Juliusspitale zu beherbergen — hat im Affect ebenfalls sich an den Haaren gerissen. Sie steht so tief, dass sie meines Erachtens eines Selbstmordes gar nicht fähig ist. In diesem Zerren an den Haaren, in dieser Beschädigung der eigenen Person sehe ich einen menschlichen Zug, den Sie bei Thieren niemals finden, und ich glaube der Nachweis eines solchen menschlichen Zuges bei solchen Geschöpfen spricht ebenfalls gegen den Atavismus und gegen die behauptete Affenähnlichkeit, er spricht entschieden dafür, dass man es mit menschlichen Individuen zu thun hat. Also selbst beim Kinde sehen Sie schon diesen Impuls sich zu beschädigen, und wenn Sie einmal Erwachsene betrachten und in die eigene Brust greifen, werden Sie mir vielleicht beistimmen, wenn ich sage: bei widerwärtigen Erlebnissen kommt der Gedanke an Selbstmord ganz von selbst, er kommt primär und wir haben uns nur seiner zu erwehren und zu entledigen. Ich habe einen geistig hochstehenden Mann gekannt, der unter dem Eindruck einer unangenehmen Familienaffaire sagte: ich wollte wir wären alle todt. Natürlich kam's dazu nicht, im ersten Moment nur wurde das ausgesprochen und die allmählich sich einstellende Ueberlegung, das Nachlassen des Affectes hat diesen Impuls wieder zurückgedrängt.

Aber daran müssen wir festhalten: Im Menschen ruht ein Impuls zum Selbstmord.

Kehren wir nun wieder zurück zu den Idioten und fragen wir uns, wie dieselben zum Selbstmord gelangen, so erhalten wir die Antwort: sie brauchen nur in Affect zu kommen. Wenn der Idiot in Affect geräth, in depressiven Affect, so ist er rasch zum Selbstmord bereit.

Diese beiden Punkte, der psychische Defect und der Affect sind meines Erachtens sehr wichtig und charakteristisch für die pathologische Natur des Selbstmords. Ich glaube, wenn wir nachweisen können, dass ein Individuum von früher her einen gewissen Defect hat, so ist ein Selbstmord, den es etwa begeht, anders zu beurtheilen als beim Gesunden. Nun wissen Sie, dass nicht alle Idioten so aussehen wie Margaretha Becker. Sie wissen, dass eine ganze Reihe von Idioten einen guten Eindruck macht, manchmal sogar den Eindruck intelligenter und gut veranlagter Individuen, welche Verstand besitzen und sich durch ganz hervorragendes Gedächtniss auszeichnen, dass sie nur einige Charakterfehler zeigen und trotz ihrer guten Anlagen es doch zu nichts rechtem bringen. M. H.! Es gibt eine ganze Reihe von Menschen, welche berufsfähig sind, und doch mehr oder weniger in der Entwicklung des Gehirns beschädigt sind. Durch eine leichte Hirnhauterkrankung, durch fieberhafte Processe, durch Traumata, welche auf den Schädel des Kindes einwirken, entstehen nicht gerade selten solche idiotische Defecte. Ferner müssen wir bedenken, dass der Affect, der normale Affect sich wesentlich unterscheidet vom pathologischen Affect. Wie ist es mit dem normalen Affect? Wenn Sie irgend etwas afficirt, wenn Sie irgend eine Schreckensbotschaft bekommen, können Sie den Ablauf des Affectes an sich selbst beobachten. Oder wählen wir ein eclatanteres Beispiel; wenn einem Delinquenten mit gesunden starken Nerven eröffnet wird, dass er in zweimal 24 Stunden vor dem Scharfrichter zu erscheinen habe, da können Sie sehen, wie solche Menschen bis in die Lippen hinein erblassen; ihr vasomotorisches Nervensystem wird in einer Weise gereizt, dass alle peripheren Blutgefässe sich zusammenziehen, dass das Herz den Widerstand nicht mehr überwinden kann und dass der abnorme Druck in der Herzgegend als förmliche Präcordialangst gefühlt wird. Aber nicht lange dauert diese Angst, bald kehrt die Fassung zurück, das Athmen wird freier und nicht selten stellt sich sogar ein gewisser Galgenhumor ein, mit Appetit nach Speisen und Cigarren und einer kaum begreiflichen Heiterkeit.

Es ist charakteristisch für den normalen Affect, dass er zwar heftig einsetzt, aber bald an seiner Intensität verliert. Wenn einem feinfühligen Menschen irgend etwas zustösst, so kann er die Sache ja vielleicht 2 und 3 Tage, ja 8 Tage mit sich im Herzen herumtragen, aber wenn Sie jemals alterirt wurden in irgend einer Beziehung, so werden Sie mir beistimmen, wenn ich sage: In der ersten Viertelstunde ist man viel mehr afficirt, als in der zweiten und successive verliert beim Gesunden der Affect an Intensität. Ganz anders ist der krankhafte Affect; ich spreche nicht vom krankhaften Affect der Melancholiker, der bekanntlich so gross ist, dass dem Impuls zum Selbstmord überhaupt kaum widerstanden werden kann, sondern ich spreche von dem krankhaften Affect derjenigen Menschen, die noch unter die Zahl der Gesunden gerechnet werden. Es gibt eine Menge Menschen, die für gesund gelten und doch an krankhaften Affecten leiden, und das ist die grosse Zahl derjenigen, die erblich belastet sind. Wer einigermaassen stark erblich belastet ist, leidet an krankhaften Affecten; ein solcher darf nur von irgend einer Sache afficirt werden, und er bringt sie oft lange nicht mehr los. Da sinkt der Affect nicht in der ersten Viertelstunde herab auf eine tiefere Stufe und weiter und weiter, sondern da bleibt der Affect mindestens gleich hoch, im Gegentheil er kann sich mit der Zeit noch steigern. Ich habe einen jungen Menschen gesehen, der sehr disponirt war zu geistigen Störungen und dieser hat wegen einer Kleinigkeit, die ihn in Affect gebracht hatte, den Entschluss gefasst, sich zu tödten; er springt von der Brücke in den Fluss, wird herausgezogen, wieder zum Bewusstsein gebracht und gerettet. Ein paar Tage nach dem Selbstmordversuch sah ich ihn; obwohl er seinen Entschluss ausgeführt hatte, obwohl er ein kaltes Bad genommen hatte, obwohl er vollständig bewusstlos herausgezogen worden war, der Affect war nicht geschwunden; ich fand den jungen Mann noch in derselben Situation, in der er sich befand vor dem Selbstmordversuch, und er hat mich versichert, er habe keinen anderen Wunsch als den, zu sterben. Warum, hat er gesagt, hat mich der dumme Kerl herausgezogen; jetzt wäre alles vorüber. Der Affect hat 8 Tage gedauert und dann erst war der junge Mann soweit, dass man ihn wieder sich selbst überlassen konnte, dann erst war er der Sache Herr geworden, dann erst hat er keinen weiteren Versuch mehr gemacht. Ich resumire: 1) dass wir Grund haben, Leute, die einen Selbstmord begangen haben, als Kranke anzusehen, wenn wir nachweisen können, dass sie in ihrer Jugend irgend einen psychischen Defect davongetragen haben, und 2) dass wir Grund haben, einen Selbstmörder als krank zu betrachten, wenn wir nachweisen können, dass der Selbstmord begangen wurde von einem erblich mehr oder weniger hochgradig belasteten Individuum. Wenn wir das können, und wir werden von den betreffenden Familien angegangen, ein ärztliches Zeugniss auszustellen, dann brauchen wir das nicht aus Connivenz für die Familie zu thun, nein, nach meiner Ansicht haben wir das Recht und die Pflicht, in solchen Fällen zu erklären, dass es sich handelt um einen krankhaften Selbstmord.

Prof. Dr. **Angerer** stellt einen 53jährigen Mann der Versammlung vor, der an **»mal perforant du pied«** leidet. Unter diesem Namen wurde im Jahre 1872 von **Nelaton** eine eigenthümliche Verschwärung an der Fussohle als eine neue, eigenartige Erkrankung beschrieben. Das »mal perforant« be-

ginnt mit einer harten Epidermisschwiele an der Fusssohle zumeist an einer Stelle, wo die Weichtheile einem stärkeren Druck von Seite der Knochen ausgesetzt sind. Diese Schwiele besteht aus verdickter, aber sonst normaler Epidermis. Unter der Schwiele entsteht Eiterung, die zu einem runden, trichterförmigen Geschwür führt mit dünnflüssiger, übelriechender Secretion. Das Geschwür zeigt sich ausserordentlich hartnäckig gegen jede locale Behandlung, verläuft schmerzlos, greift immer weiter in die Tiefe und arrodirt Knochen und Gelenke. Schliesslich kommt es zu phlegmonösen Entzündungen und nur die Amputation vermag Heilung zu bringen. Dabei ist die Neigung zu Recidiv an demselben oder am anderen Fusse nicht gering; Sensibilitätsstörungen in der Nähe des Geschwüres sind stets vorhanden.

Bei dem vorgestellten Kranken ist das jetzige Leiden ein Recidiv. Vor 3 Jahren mussten ihm wegen derselben Erkrankung die erste und zweite Zehe amputirt werden.

Es handelt sich beim »Mal perforant« nicht um ein gewöhnliches Geschwür an ungewöhnlicher Stelle, auch nicht um ein Druckgeschwür, noch um vereiterte Schleimbeutel, sondern um einen neuropathischen Verschwärungsprocess. Die am meisten hervortretenden Symptome sind Störungen in der Sensibilität und Ernährung, Störungen wie sie nur den trophischen Nerven zugehören.

Die Behandlung erfordert strenge Antisepsis, häufiges Excochleiren und Cauterisiren mit Thermocauter.

Weiters stellt Prof. Angerer zwei junge Männer vor, denen im Laufe des Sommersemesters wegen Osteosarcom des Femur der Oberschenkel im Hüftgelenk exarticulirt werden musste. Das eine Sarcom war ein Osteoidsarcom der Epiphyse, das andere ein Spindelzellensarcom in der Diaphyse. Der Vortragende machte in beiden Fällen unter Blutleere erst die hohe Oberschenkelamputation; dann wurden alle, auch die kleinsten Gefässlumina unterbunden, der Schlauch entfernt und der Knochenstumpf völlig exstirpirt. Die Blutung war in beiden Fällen eine ganz geringe; der Stumpf ist schön und wohlgeformt. Der Vortragende empfiehlt dringend diese Methode der Hüftgelenksexarticulation, die gegenüber den anderen Methoden den Vorzug der grössten Blutersparniss hat.

(Schluss folgt.)

Gesellschaft für Morphologie und Physiologie zu München.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 18. Juni 1889.

Prof. Dr. **E. Voit: Ueber die Ausscheidungswege des Kupfers aus dem Körper.**

Bekanntlich verlassen die Salze nicht allein mit dem Harn, sondern zum Theil auch mit dem Kothe den Organismus. Ob ein Aschebestandtheil im Harne auftritt, und in welchem Verhältniss zur aufgenommenen Menge er in demselben erscheint, hängt wohl von den übrigen Stoffen ab, welche zu gleicher Zeit durch die Niere zur Ausscheidung gelangen. Derselbe darf mit diesen keine unlösliche Verbindung bilden, wenn er im Harn auftreten soll. Der gleiche Körper kann einmal in grosser, ein anderes Mal in geringer Menge im Harn sich vorfinden, ja er kann sogar vollständig daraus verschwinden. Die Abwesenheit irgend eines Stoffes im Harn ist also noch kein Beweis gegen dessen Resorbirbarkeit. Ich habe schon vor mehreren Jahren einen Versuch angestellt, über die Ausscheidungswege des Kupfers, der in dieser Hinsicht von Interesse sein dürfte.

Innerhalb zweier Tage wurden einem etwa 40 Kl schweren Hunde zugleich mit Fleisch und Speck 0,253 CuO in Form von schwefelsaurem Kupfer verabreicht. Davon wurden ausgeschieden durch den Harn . . . . . 0,020 g CuO
Koth . . . . . 0,234 g »
0,254

Das ist die ganze mit der Nahrung aufgenommene Menge.

Daraus ergibt sich, dass von dem zugeführten Kupfer in dem Organismus des Thieres nichts zurückgeblieben, und dass ein Theil des Kupfers wirklich resorbirt wurde.

Wie gross dieser Antheil, lässt sich aus der im Harn gefundenen Menge nicht beurtheilen, da wie erwähnt, ein Theil des resorbirten Kupfers sehr wohl mit dem Kothe wieder zur Ausscheidung gelangt sein konnte.

Wenn man normalen Fleischharn mit schwefelsaurem Kupfer versetzt, so löst sich davon allerdings etwas auf, aber doch nur eine geringe Menge, da bei der steten Anwesenheit von phosphorsauren Salzen die Lösung nur in Form von saurem Phosphat oder in einer organischen Verbindung erfolgen kann. Die Löslichkeit eines anorganischen Eisensalzes ist eine noch weit geringere.

(Schluss folgt.)

X. internationaler medicin. Congress zu Berlin 1890.

Die ergebenst Unterzeichneten beehren sich hierdurch anzuzeigen, dass nach Beschluss des letzten Congresses zu Washington, Sitzung vom 9. September 1887, der X. internationale medicinische Congress in Berlin stattfinden wird.

Der Congress wird am 4. August 1890 eröffnet und am 9. August geschlossen werden. — Nähere Mittheilungen über das Programm werden alsbald ergehen, nachdem die, auf den 17. September d. J. nach Heidelberg berufene Versammlung der Delegirten der deutschen medicinischen Facultäten und medicinischen Vereine definitive Entscheidung darüber gefasst hat. Wir ersuchen Sie ganz ergebenst, inzwischen diese Mittheilungen in Ihren Kreisen bekannt geben und damit zugleich unsere freundliche Einladung verbinden zu wollen.

v. Bergmann. Virchow. Waldeyer.

Verschiedenes.

(Ehrung v. Pettenkofer's in Italien.) Die letzte Cholera-heimsuchung Italiens, welche von 1884 bis 1887 währte und viel Unheil über das Land brachte, zeitigte bei vielen die Ueberzeugung, dass ein wirksamer Schutz gegen solche Epidemien nicht in Quarantänen und Kordonen und anderen Beschränkungen des freien Verkehrs zu suchen sei, sondern in hygienischen Einrichtungen und Assanirung der menschlichen Wohnorte. Crispi liess auf dem internationalen Hygiene-Congress in Wien 1887 durch Prof. Mosso erklären, dass die italienische Regierung gesonnen sei, mit dem Quarantänesysteme zu brechen, und das Parlament bewilligte Millionen für die Assanirung von Neapel. Das mag theilweise auch Veranlassung gewesen sein, dass Pettenkofer als der Vorkämpfer der lokalistischen Richtung gegenüber der alten contagionistischen in der Cholerafrage mit einem hohen Orden vom Könige von Italien ausgezeichnet wurde.

Ein Centrum der hygienischen Bestrebungen in Italien bildet die Reale Società d'Igiene, die in Mailand ihren Sitz hat. Diese Gesellschaft hat nun, als sie von der Feier des vollendeten 70. Lebensjahres Pettenkofer's in München Ende des vorigen Jahres vernahm, die Hygieniker Italiens eingeladen, dem verdienten Forscher nachträglich gleichfalls ein Zeichen der Anerkennung zu geben, und langte in München ein grosses reich und künstlerisch ausgestattetes Pergament mit daran hängender Bulle an, auf dem zu oberst die Wappen der beiden Herrscherhäuser von Bayern und Italien prangen, unter deren Schutz die Hygiene steht. Zwei liebliche Genien halten das Wappen der Königlichen Italienischen Hygienegesellschaft hoch und stehen auf einem Sockel, welcher den Wahlspruch trägt: Salus populi suprema lex esto.

Dann folgt eine Ansprache, welche in deutscher Uebersetzung lautet: „Hochgefeierter Herr! Obschon hervorragende Männer, wie Sie sind, die wahrhafteste Ehrenbezeugung in dem Beifalle haben, mit dem ihre Werke verehrt werden, so gestaltet sich derselbe doch am feierlichsten, wenn sich viele Stimmen in Einer vereinigen und das Lob der Einzelnen eine allgemeine Lobrede wird, was gelegentlich gewisser denkwürdiger Lebensabschnitte zu geschehen pflegt. Und desshalb folgten wir Pfleger der Wissenschaft, welche Sie auf dem Wege der thatsächlichen Beobachtung und des erfolgreichen Experimentes mehr als Andere vorwärts gebracht haben und welche Ihnen soviel schuldet, sehr gern der Einladung der Königlichen Italienischen Hygienegesellschaft, unsere Glückwünsche mit denen zu vereinigen, welchen Ihnen bei Gelegenheit der glücklichen Vollendung des siebzigsten Lebensjahres Ihre Landsleute dargebracht haben. In diesen Glückwünschen beliebe es Ihnen auch zugleich den Ausdruck unserer Ehrerbietung, sowie unserer innigsten Zuneigung zu erblicken, Gefühle, welche wir keines von dem anderen zu trennen wissen.

Nun folgten zahlreiche Unterschriften der Pfleger der hygienischen

Wissenschaft und Praxis aus ganz Italien, darunter viele Professoren an den Universitäten von Turin bis Neapel, Mitglieder der Scuola di Applicazione degli Ingegneri in Bologna, der Scuola di Perfezionamento d'Igiene pubblica in Roma, ie Compagnia Acquedotto-Nicalay-Genova.

Therapeutische Notizen.

(Antipyrin) geht in Combination mit verschiedenen anderen Arzneikörpern leicht Zersetzungen ein. So bildet sich in einer Mixtur die 4,0 Antipyrin und 5,0 Chloralhydrat auf 15,0 Wasser enthält, eine milchige Trübung und eine ölige Flüssigkeit scheidet sich ab. Bei Combination von Antipyrin mit Extract der Chinarinde entsteht ein Niederschlag, der fast sämmtliche wirksame Bestandtheile enthält, während in der Flüssigkeit kaum noch Spuren von Alkaloid oder Antipyrin zurückbleiben. (Pharm. Journ.) Antipyrin verträgt sich endlich, wie uns ein hiesiger College mittheilt, auch nicht mit salicylsaurem Natron; Pulver, welche ein derartiges Gemisch enthalten, bilden nach kürzester Zeit eine schmierige Masse. Man thut daher wohl am besten das Mittel allein, lediglich unter Beisatz eines Geschmackscorrigens zu verordnen.

(Die Creosottherapie der Phthise) empfiehlt Sommerbrodt neuerdings (Therap. Mon. H. 7) indem er besonders Gewicht auf die Verabreichung grosser Dosen legt. 1,0 Creosot pro die, selbst bis zu 1,35 und mehr, viele Monate lang, sei anzustreben und meist auch durchzuführen, falls das Präparat gut ist und dasselbe nicht in den leeren Magen, sondern unmittelbar nach der Mahlzeit genommen wird. Sommerbrodt giebt meist Capseln à 0,05, am ersten Tag 3, jeden folgenden Tag 1 mehr (vom 18. Tag ab 3×7, selbst 3×9 Capseln.) Sommerbrodt hält auf Grund von ca. 5000 Fällen daran fest, dass man mit dieser Behandlungsweise vielen Tuberculösen, besonders bei Initialerkrankungen, ausserordentlich nützen könne.

Tagesgeschichtliche Notizen.

München, 30. Juli. In dem soeben erschienenen IV. Bande der Annalen der städtischen Krankenhäuser zu München veröffentlicht Geh.-Rath v. Ziemssen interessante Mittheilungen über die Häufigkeit der Lungenschwindsucht in München. Demzufolge hat sich die Sterblichkeit an Tuberculose im Laufe der letzten 18 Jahre um ein Drittel vermindert; es starben in München in den Jahren 1871—73 von 1000 Lebenden 5,5, 1874—76 4,1, 1877—79 4,07, 1880—82 3,84, 1883—85 3,99 und 1886—1888 3,66 an Tuberculose. München nimmt daher in Bezug auf Tuberculosesterblichkeit eine sehr günstige Stelle unter den deutschen Grossstädten ein, wie sich aus folgenden Zahlen ergibt. Es starben an Tuberculose im Jahre 1888 von 100 Gestorbenen in Wien 23, in Würzburg 19, in Frankfurt und Nürnberg je 18, in Leipzig und Elberfeld je 16, in Dresden, Berlin und Altona je 15, in Cöln und Stuttgart je 14, in Augsburg 13, in Regensburg, Magdeburg, Hamburg und München je 12, in Breslau 11, in Görlitz 10, in Chemnitz 9.

— In Basel ist, ebenso wie im Jahre 1880, in Folge des aussergewöhnlich niedrigen Wasserstandes des Rheins der Typhus ausgebrochen. In der Woche vom 26. Mai bis 1. Juni kamen daselbst officiellen Angaben zufolge 12 Fälle, in der Woche vom 2.—8. Juni 58 Fälle vor, darunter einer mit tödtlichem Verlauf. Nach den Tagesblättern ist der Typhus in allen Theilen der Stadt Basel epidemisch aufgetreten und hat in den Wochen vom 2.—15. d. Mts. 162 Fälle veranlasst, doch können diese Angaben noch nicht als officiell angesehen werden. (V. d. K. G.-A.)

— Der Ende Juli 1889 in Paris stattfindende II. Congress zum Studium der Tuberculose wird sich mit folgenden Fragen beschäftigen: 1) Identität der Tuberculose des Menschen und derjenigen des Rindes, der Hühner und anderer Thiere. 2) Zur Bacteriologie und Pathologie der Tuberculose. 3) Die Hospitalversorgung Tuberculöser. 4) Ueber die dem Tuberkelbacillus schädlichen Stoffe, mit Bezug auf Prophylaxe und Therapie der Tuberculose. Den Vorsitz wird Prof. Villemin führen.

— In London sind jüngst unter dem Vorsitze Spencer Wells' die Vertreter der verschiedenen Hochschulen und wissenschaftlichen Gesellschaften zu einer Sitzung zusammengetreten, um die ersten Vorbereitungen für den im Jahre 1891 in London abzuhaltenden VII. internationalen Congress für Hygiene und Demographie zu treffen.

(Universitäts-Nachrichten.) Berlin. Der Assistent an der kgl. Universitäts-Poliklinik, Dr. Theodor Rosenheim, hat sich als Privatdocent in der medicinischen Facultät der hiesigen Universität habilitirt. Seine Antrittsvorlesung handelt von der Diagnose des Magenkrebses. Auf die seit 3 Jahren durch den Tod Prof. Eichler's erledigte ord. Professur für systematische Botanik wurde Professor Engler in Breslau nunmehr berufen. — Budapest. Die vom medicinischen Professoren-Collegium für die Besetzung vacanter Lehrstühle (Anatomie, Pharmakologie, allgemeine Pathologie und Bacteriologie) gemachten Vorschläge wurden vom Unterrichtsministerium zurückgewiesen und das Collegium angewiesen, für jeden vacanten Lehrstuhl die ordnungsmässige Concurrenz zu veranlassen. — Graz. An Stelle des nach Wien berufenen Prof. v. Krafft-Ebing wurden von der Grazer medicinischen Facultät in Vorschlag gebracht: Wagner (Wien), Tuczek (Marburg) und Holländer (Wien). — München. Auch in diesem Jahre werden während der Herbstferien eine Reihe von Feriencursen für Aerzte abgehalten werden, deren reichhaltiges Programm im Inseratentheil dieser Nummer mitgetheilt ist. — Prag. Der Unterrichts-Minister hat die hiesige medicinische Facultät zu einem Ternavorschlag für die Besetzung der durch Prof. Kahler's Abgang nach Wien vacanten Lehrkanzel an hiesiger Universität, an Stelle des unico loco vorgeschlagenen Docenten Dr. Kraus, aufgefordert. — Strassburg. Im Lichthof des neuen Universitätsgebäudes soll demnächst die Büste des verstorbenen Botanikers de Bary aufgestellt werden. — Warschau. Die a. o. Professoren Dr. S. Lukjanow und L. Tumas sind zu ordentlichen Professoren ernannt. — Wien. Privatdocent Dr. Lustgarten, bekannt durch seine Untersuchungen über den Bacillus der Syphilis, ist nach America ausgewandert. — Würzburg. Während der Herbstferien wird wiederum eine Reihe von Feriencursen hier abgehalten werden (Programm auf dem Umschlag dieser Nr.). — Zürich. Dr. W. Felix, früher Assistent am anatomischen Institut in Würzburg, ist zum Prosector am anatomischen Institut ernannt worden.

Personalnachrichten.

(Bayern.)

Wohnsitzverlegungen. Dr. Fuchs von Remlingen unbekannt wohin; Dr. Weiss von Kandel nach Ludwigshafen; Dr. Lindner von Obermoschel nach Kandel; Dr. Weiler von Winnweiler nach Obermoschel.

Niederlassungen. Dr. Max Crüger aus Pustnik in Ostpreussen, approb. 1889, zu Bad Kissingen; der prakt. Arzt Franz Urban in Bärnau, Bez.-A. Tirschenreuth; A. v. Gries zu Pirmasens.

Gestorben. Dr. Erbelding zu Zweibrücken.

Morbiditätsstatistik d. Infectionskrankheiten für München

in der 29. Jahreswoche vom 14. bis 20. Juli 1889.

Betheil. Aerzte 280. — Brechdurchfall 225 (120*), Diphtherie, Croup 54 (61), Erysipelas 11 (9), Intermittens, Neuralgia interm. 1 (7), Kindbettfieber 1 (—), Meningitis cerebrospin. — (1), Morbilli 39 (50), Ophthalmo-Blennorrhoea neonatorum 5 (1), Parotitis epidemica 2 (—), Pneumonia crouposa 10 (11), Pyaemie, Septicaemie — (1), Rheumatismus art. ac. 21 (14), Ruhr (dysenteria) — (1), Scarlatina 14 (13), Tussis convulsiva 7 (22), Typhus abdominalis 12 (14), Varicellen 7 (12), Variola, Variolois — (—). Summa 409 (337). Dr. Aub, k. Bezirksarzt.

Uebersicht der Sterbfälle in München

während der 29. Jahreswoche vom 14. bis incl. 20. Juli 1889.

Bevölkerungszahl 281,000.

Zymotische Krankheiten: Pocken — (—*), Masern und Rötheln — (4), Scharlach 2 (4), Diphtherie und Croup 5 (5), Keuchhusten — (2), Unterleibstyphus — (3), Flecktyphus — (—), Asiatische Cholera — (—), Ruhr — (—), Kindbettfieber — (—), andere zymotische Krankheiten 1 (—).

Die Gesammtzahl der Sterbefälle 215 (235), der Tagesdurchschnitt 30.7 (33.6). Verhältnisszahl auf das Jahr und 1000 Einwohner im Allgemeinen 39.8 (43.5), für die über dem 1. Lebensjahre stehende Bevölkerung 17.4 (20.4), für die über dem 5. Lebensjahre stehende 14.9 (18.8).

*) Die eingeklammerten Zahlen bedeuten die Fälle der Vorwoche.

Literatur.

(Der Redaction zur Recension eingegangen.)

Brehmer, Mittheilungen aus Dr. Brehmer's Heilanstalt in Görbersdorf. Wiesbaden, 1889.

Kafemann, Ueber electrolytische Operationen in den oberen Luftwegen. Wiesbaden, 1889.

Schmelcher, Ueber Glycerin-Suppositorien. S.-A. Therap. Monatsheft. Juni.

V. Jahresbericht des Stadt-Physikates über die Gesundheitsverhältnisse von Prag pro 1886. Erstattet von Dr. Záhor. Prag, 1889.

Verlag von Jos. Ant. Finsterlin in München. — Druck der Akademischen Buchdruckerei von F. Straub in München.